

Von der Unverbindlichkeit zur Verbindlichkeit
Niederschwelligkeit in der Musiktherapie mit Jugendlichen

Masterthesis
zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts in Musiktherapie
Leopold-Mozart-Zentrum der Universität

vorgelegt von David Westphäling

am 16.06.2016

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	5
Abstract.....	6
Grundlagen der Themenauswahl.....	7
Vorreflexion und Darlegung der Zielgruppenproblematik.....	10
A Theoretische Betrachtung zu Niederschwelligkeit.....	14
1. Begriffsbestimmung und Einordnung von Niederschwelligkeit.....	14
1.1. Definition von Niederschwelligkeit.....	14
1.2. Typen niederschwelliger Angebote im sozialen Sektor.....	16
2. Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit.....	17
2.1. Umsetzungsdimensionen von Niederschwelligkeit.....	18
2.1.1. Zeitliche Dimensionen.....	19
2.1.2. Räumliche Dimensionen.....	20
2.1.3. Inhaltliche und sachliche Dimensionen.....	22
2.1.4. Soziale Dimensionen.....	25
2.2. Ausdehnung der Dimensionen für die Musiktherapie.....	27
2.2.1. Therapeutische Beziehung.....	28
2.2.2. Therapeutische Auftragskultur sozialer und therapeutischer Institutionen.....	29
2.3. Soziologischer Exkurs und Rückbezug zur Musiktherapie.....	29
3. Niederschwelligkeit in der Musiktherapie mit Jugendlichen.....	31
3.1. Allgemeines und Einleitendes über Musiktherapie.....	31
3.2. Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung.....	33
3.3. Funktionen von Musik und Musiktherapie.....	36
3.3.1. Identitätsentwicklung, Sozialisation und Soziokultur.....	36
3.3.2. Nonverbaler Zugang zur jugendlichen Lebenswelt.....	38
3.3.3. Ressourcen, Reflexion, Realitätswechsel und Ritual.....	39
3.4. Niederschwellige musiktherapeutische Interventionen.....	41
3.4.1. Drei musiktherapeutische Modalitäten.....	41
3.4.2. Zwölf niedrigschwellige Wege in der Musiktherapie.....	42
3.5. Die Haltung von MusiktherapeutInnen.....	49
3.6. Interferenzen von Musiktherapie, -pädagogik und Sozialer Arbeit mit Musik.....	50

4. Community Music Therapy.....	52
4.1. CMT und Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit.....	54
5. Niederschwelligkeit in der Psychotherapie.....	57
5.1. Relevante Studien und Erhebungsinstrumente.....	64
6. Fazit der theoretischen Betrachtung zu Niederschwelligkeit.....	66
B Empirische Befragung von Jugendlichen zu Niederschwelligkeit..	68
7. Grundlagen für die empirische Untersuchung.....	68
7.1. Auswahl der befragten Gruppe.....	68
7.2. Beschreibung der Klinikstruktur und der Musiktherapieräume...	69
7.3. Auswahl und Beschreibung der Forschungsmethode.....	71
7.4. Inklusions- und Exklusionskriterien für die befragten PatientInnen	74
7.5. Ablauf der Erhebung.....	75
7.6. Hypothesen.....	76
8. Auswertung der Ergebnisse.....	76
8.1. Niederschwelligkeit, Hürde und Anforderungsdruck.....	77
8.2. Subjektive Verortung der Musiktherapie.....	78
8.3. Motivation, Stressempfinden und Wirksamkeitseinschätzung...	79
8.4. Bedingungslose Akzeptanz und Wertschätzung.....	80
8.5. Erwartungen an und Reflexion über die Inhalte der Musiktherapie	80
8.6. Wahrnehmung, Differenzierung und Regulation von Emotionen	83
8.7. Selbstoffenbarung, Kommunikations- und Ausdrucksverhalten.	85
8.8. Partizipation und Selbstwirksamkeitserleben.....	87
8.9. Lebensweltorientierung anhand des Einsatzes elektronischer Medien.....	87
8.10. Relevanz des Musiktherapeuten vs. Spezifität des Mediums.	88
8.11. Vorerfahrungen mit Musik.....	88
9. Feldbeobachtung: Niederschwellige Musiktherapie in der vollstationären Jugendhilfe (ISE24).....	90
10. Kritische Reflexion von Forschungsprozess und -methodik.....	93

C Zusammenführung, Schlussfolgerung und Ausblick.....	99
11. Beantwortung der Hypothesen.....	99
12. Finanzielle und berufspolitische Dimensionen für die Musiktherapie	103
13. Schlussbetrachtung.....	106
 Literatur- und Quellenverzeichnis.....	109
Abbildungsverzeichnis.....	118
Danksagung.....	119
Eidesstattliche Erklärung.....	120
Anhang.....	121
1. Fragebogen für Jugendliche zu Niederschwelligkeit.....	121
2. Anschreiben an Eltern / Sorgeberechtigte der befragten Jugendlichen.....	125
3. Einverständniserklärung der Eltern / Sorgeberechtigten.....	126
4. Datenblatt (Rohdaten) aller ausgefüllten Fragebögen.....	127
5. Schriftliche Antworten der Jugendlichen auf die offenen Fragen.....	128

Zusammenfassung

Schlüsselbegriffe: Musiktherapie, Niederschwelligkeit, Jugendliche, Zugangsmöglichkeiten, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Niederschwelligkeit in der Musiktherapie mit Jugendlichen. Ausgangspunkt ist die Vermutung, dass nicht alle Jugendlichen den Anschluss an bestehende psychotherapeutische Versorgungssysteme finden können und deshalb aus therapeutischen Hilfenetzen fallen. Richtlinientherapien stellen hohe Anforderungen zur Inanspruchnahme wie Mitarbeit, Veränderungsbereitschaft und Einsichtsfähigkeit, die teilweise individuellen Beziehungs- und Lebenserfahrungen sowie Ausdrucks- und Kommunikationsmöglichkeiten von Jugendlichen entgegen stehen. Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht dabei die Frage, wie Musiktherapie mittels einer niederschweligen Ausrichtung diese Versorgungslücke füllen kann. Dazu wird das der Sozialen Arbeit entstammende Konzept der Niederschwelligkeit an die Musiktherapie angepasst und anhand spezifischer musiktherapeutischer Vorgehensweisen konkretisiert. Theoretische Erörterungen aus der Community Music Therapy und der psychotherapeutischen Fachliteratur ergänzen diese Adaption. Im empirischen Teil der Arbeit werden eigens erstellte Fragebögen ausgewertet, die in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgeteilt wurden. Diese erfassen subjektive Eindrücke von Jugendlichen in der Musiktherapie und beleuchten Zugangshürden und -möglichkeiten sowie individuell erlebte Inhalte dieser kreativen Therapieform im Hinblick auf Niederschwelligkeit. Festgestellt werden konnte hierbei u. a., dass die befragten Jugendlichen Musiktherapie als leicht zugänglich und trotz einer geringen Anzahl an Therapiestunden als hilfreich erlebten. Außerdem beschrieb die Mehrzahl der Befragten, dass ihnen Ausdruck und Selbstoffenbarung über Musik leichter falle als mit Worten, sodass Musiktherapie als wirksames und niederschwelliges Verfahren zur Herstellung einer therapeutischen Arbeitsbeziehung gelten kann.

Mit einer Darlegung des Potentials einer niederschweligen Ausrichtung für die Berufspolitik und die Finanzierung von Musiktherapie schließt diese Masterarbeit.

Abstract

Keywords: music therapy, low-threshold services, adolescent, accessibility, psychiatry for juveniles

The following thesis deals with low-threshold offers of music therapy directed at juveniles. Starting point is the assumption, that for juveniles it may prove difficult to find access to existing therapeutical utilities, thus leaving them without professional care. A therapy typically places high demands on the young patient's concerning collaboration, willingness to change and capacity of discernment. Thus, the juveniles' individual experiences of life and relationships, and their potentially limited ways of expression and communication, may represent obstacles that are hard or impossible to overcome. The focal point of this thesis is the question, how low-threshold musical therapy offers can close this supply gap. For this purpose the concept of low-threshold-services with its origins in social work gets adapted to music therapy. Specific music therapeutical interventions are substantiated and complemented by theoretical arguments of Community Music Therapy and psychotherapeutical references. To substantiate the theoretical considerations, a questionnaire was devised and distributed in a juvenile psychiatric hospital, that is going to be evaluated in the empirical part of this thesis. It's evaluation will form the empirical portion of this thesis. The questionnaire captures subjective impressions of the adolescent in music therapy and figures out the barriers and possibilities of access and contents of this type of creative therapy in terms of low-threshold-offers. The study ascertains, amongst other things, that the majority of adolescent experiences music therapy as easily accessible and helpful despite of small amounts of therapy unities received. Furthermore many respondents claimed that music was a more accessible tool for self-revelation than words, supporting the presumption, that music therapy might be a very appropriate way to introduce psychotherapeutical processes. In addition to a conclusion, occupational politics and financial possibilities are discussed for the implementation of low-threshold-services in music therapy forming the end of this master thesis.

Grundlagen der Themenauswahl

Die Wurzeln und Grundlagen für die Auswahl des Themas und die Erstellung dieser Arbeit sind vielfältig: Durch das Studium der Sozialen Arbeit und unterschiedliche Arbeitserfahrungen mit Menschen ohne festen Wohnsitz und in einer Gerontopsychiatrie kam ich das erste Mal in Berührung mit niederschwelliger Sozialpädagogik und konnte diese anwenden. Die Diplomarbeit schrieb ich über die sozialpädagogische Nutzung von Musik im Kontext der Gemeinwesenarbeit und der Sozialraumorientierung. Im Fokus der Untersuchung stand dabei die Frage, wie die Verwendung von Musik ein gemeinschafts- und integrationsförderndes Potential eröffnen kann, das Zielgruppeneinschränkungen in der Sozialen Arbeit reduziert. Anschließend begann ich das Masterstudium der Musiktherapie und setzte sukzessiv zunehmend musiktherapeutische Vorgehensweisen in der Arbeit mit Jugendlichen im Rahmen der stationären Jugendhilfe ein.

Für die Masterthesis sollen musiktherapeutische Vorgehensweisen dem der Sozialen Arbeit entstammenden Konzept der Niederschwelligkeit und der traditionellen Gestaltung des psychotherapeutischen Settings gegenüber gestellt werden in der Absicht, beides miteinander zu vergleichen und im Rahmen dieser Arbeit zu erforschen.

Gegenstand der Untersuchung soll hierbei sein, ob und wie eine niederschwellig arbeitende Musiktherapie diejenigen Jugendlichen an Psychotherapie heranführen kann, die von Richtlinien-Therapien aufgrund verschiedener interner und externer Anforderungen (noch) nicht profitieren können oder wollen.

Die vordergründige Hypothese besteht darin, dass niederschwellig ausgerichtete Musiktherapie Jugendlichen die Inanspruchnahme von Psychotherapie erleichtern, Ressourcen eröffnen und Therapiemotivation schaffen kann. Dadurch können Jugendliche entweder ohne die Fortführung durch höher- oder hochschwelligere Angebote profitieren und / oder anschließend im Rahmen der Musiktherapie selbst oder im Behandlungskanon mit verbalen Richtlinien-Therapien tiefer in therapeutische Prozesse einsteigen. Der Titel der vorliegenden Arbeit soll dieser Hypothese Rechnung tra-

gen: Von der Unverbindlichkeit (für PatientInnen¹ als zunächst niederschwelliges Beziehungs- und Therapieangebot) hin zur Verbindlichkeit (als Fortführung der Therapie bei Bedarf und bereits hergestellter Therapie- und Veränderungsmotivation).

Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

Wie zeichnet sich Niederschwelligkeit aus Sicht der Jugendlichen aus?

Kann eine niederschwellige Ausrichtung der Musiktherapie die Therapiemotivation von Jugendlichen fördern?

Wie kann ein Heranführen an Therapie derart gelingen, dass durch den Vertrauensaufbau zur / zum TherapeutIn die Angst vor der Bearbeitung schwieriger Themen reduziert wird oder gar wegfällt?

Welche spezifischen Aspekte der Musiktherapie generieren Niederschwelligkeit?

Kann Musiktherapie niederschwelligere Arbeit leisten als vorrangig verbal arbeitende Psychotherapie?

Bevor weitere Überlegungen im Sinne einer Vorreflexion zur Themenstellung und Bezugsproblematik erläutert werden, wird nun auf die Gliederung der Arbeit eingegangen, die sich in drei große Abschnitte aufteilen lässt: (A) Ein theoretischer Überblick über Niederschwelligkeit im sozialen und therapeutischen Sektor; (B) eine empirische Untersuchung, in der Jugendliche nach ihren subjektiven Eindrücken bezüglich der Zugänglichkeit von Musiktherapie befragt wurden; (C) hat schließlich eine Zusammenführung zum Ziel, die Theorie und Empirie miteinander vergleichen, die Hypothesen überprüfen und daraus abgeleitete methodische Handlungsansätze diskutieren soll.

Der theoretische Teil (A) beginnt im ersten Kapitel mit einer Begriffsbestimmung und Definition der Niederschwelligkeit im Allgemeinen, bevor auf

1 Der Autor der vorliegenden Arbeit hat sich bewusst nicht auf eine Bezeichnung für die Menschen festgelegt, mit denen gearbeitet wird. Je nach Arbeitskontext werden im laufenden Text die Bezeichnungen »Klient« und »Klientin« sowie »Adressat« und »Adressatin« eher für Beschreibungen aus der Sozialen Arbeit und »Patient« und »Patientin« im Zusammenhang mit Musik- und Psychotherapie verwendet (s.auch Petersen 2009: 104). In der gemeinwesenorientierten Sozialen Arbeit und in der Community Music Therapy wird häufig von »Akteur« und »Akteurin« bzw. »participants« gesprochen.

den Stand von Forschung und Literatur über das Konzept eingegangen wird. Daraufhin wird die Umsetzung von Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit (→ 2.) und der Musiktherapie mit Jugendlichen (→ 3.) erörtert. Eine kurze Betrachtung der Schnittfelder von Musiktherapie, Musikpädagogik und der Sozialen Arbeit mit Musik soll die Spezifität und gleichzeitige Notwendigkeit von professionellem, musiktherapeutischem Wissen und Handeln herauskristallisieren (→ 3.6.). Das darauffolgende Kapitel (→ 4.) erweitert mit der theoretischen und konzeptuellen Beschreibung der Community Music Therapy den Mikrobereich der Musiktherapie im Einzel- und Gruppensetting um soziokulturelle und gesellschaftliche Aspekte und legt das Potential gemeindenaher psychotherapeutischer Versorgung mit dem Medium Musik dar. Ergänzend wird anschließend auf Niederschwelligkeit in der Psychotherapie eingegangen (→ 5.), wobei mit der Darlegung relevanter Studien und Fragebögen einerseits der theoretische Teil abgeschlossen, andererseits zum empirischen Teil übergeleitet wird.

Für den empirischen Teil der Arbeit (B) wurde ein quantitativer Fragebogen entwickelt, der Jugendliche in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie zu ihren Erfahrungen mit und Schwellen der Inanspruchnahme von Musiktherapie befragt. Nach der Darlegung der Hypothesen und Fragestellungen wird auf die Auswahl und Gestaltung des Fragebogens als Forschungsinstrument eingegangen und das Behandlungssetting sowie Inklusions- und Exklusionskriterien für die befragten ProbandInnen beschrieben. Anschließend findet eine deskriptive Auswertung der gewonnenen Daten statt. Als ein Beispiel für niederschwellige, ambulante musiktherapeutische Arbeit mit Jugendlichen dient die Feldbeobachtung im Rahmen einer sozialpädagogischen, stationären Wohngruppe. Teil (B) abschließend wird die Forschungsmethode und -erhebung kritisch reflektiert.

Der letzte Abschnitt (C) versucht, die empirischen Ergebnisse mit den theoretischen Überlegungen im ersten Teil anhand der Beantwortung der Hypothesen zusammenzuführen. Dazu werden die niederschwellige therapeutische Haltung und Gestaltung musiktherapeutischer Angebote zusammenfassend dargelegt und deren Bedeutung für die Berufspolitik und -identität der Musiktherapie erörtert. Im Hinblick auf die Öffnung aber auch

Abgrenzung im multiprofessionellen Sektor der Gesundheitsberufe werden die Alleinstellungsmerkmale der Musiktherapie herausgestellt, was den Abschluss dieser Arbeit bilden wird.

Vorreflexion und Darlegung der Zielgruppenproblematik

In der folgenden Vorreflexion soll versucht werden, die Bedeutung von niederschweligen Zugängen für Jugendliche zu Musiktherapie zu betonen. Gleichzeitig wird erklärt, warum Musiktherapie neben der therapeutischen (Grund-)Haltung auch aus weiteren Gründen für niederschwellige Psychotherapie prädestiniert erscheint und nicht von anderen, ebenfalls mit dem Medium Musik arbeitenden Berufsgruppen geleistet werden kann. Der folgende Abschnitt geht daher erst auf Entwicklungsverläufe im Jugendalter ein, um anschließend kurz darzulegen, bei welcher Zielgruppe Musiktherapie ein bisher wenig diskutiertes Potential eröffnen kann.

In den Entwicklungsphasen der Pubertät und der Adoleszenz sind Jugendliche laufend mit Veränderungen konfrontiert, die die Physis, die Psyche und das soziale Verhalten betreffen. Dabei vollzieht sich die Übergangszeit von der Kindheit in das Erwachsenenalter höchst individuell. Veränderungsprozesse im neurobiologischen und endokrinologischen System, Körperwachstum und die Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale auf der körperlichen Ebene und Identitätskrisen, modifiziertes affektives und emotionales Erleben auf der psychischen Ebene sind nur einige Beispiele für die konflikthaltigen Entwicklungen in dieser Zeit. Mit der Abwendung von den bisherigen Bezugspersonen aus der eigenen Familie und der Hinwendung zu FreundInnen und Peergroups einhergehend geschieht auch ein Wandel im sozialen Verhalten. Bei Konflikten und Schwierigkeiten suchen Jugendliche meist bei Gleichaltrigen Hilfe und wenden sich tendenziell gegen die Unterstützungsangebote von Erwachsenen. Sie zeigen Widerstand gegenüber der Welt der Erwachsenen.

Die eben geschilderten Veränderungen kann man als „normalen“ Entwicklungsverlauf beschreiben. Bei vielen Jugendlichen, die als Zielgruppe sozialer und therapeutischer Hilffssysteme im ambulanten und stationären Bereich gelten, finden sich darüber hinaus in ihren Biografien Life Events

(s. Brown & Harris 1978), die durch das Zusammentreffen mit den entwicklungstypischen Veränderungen im Jugendalter zu psychischen Auffälligkeiten, Störungen oder Erkrankungen führen können. Solche Life Events können beispielsweise frühkindliche Bindungsstörungen (s. Bowlby 2008; Grossmann K. & K. 2004) durch Beziehungsabbrüche von nahen Bezugspersonen, Traumatisierung, Vernachlässigung und Ähnliches darstellen. In der überwiegenden Zahl der Fälle spielen sich diese im familiären Kontext ab. Kinder sind von diesem familiären System jedoch abhängig. Sich früh anbahnende Entwicklungsstörungen, die mit den typischen Jugendkrisen zusammen fallen, können so zu Misserfolgskarrieren führen, die im Rahmen von sozialen und therapeutischen Behandlungssystemen aufgefangen werden können.

Hier eröffnet sich nun das Bezugsproblem für die vorliegende Arbeit. Die Zielgruppe für niederschwellige Angebote sind Jugendliche, die kein ausreichendes Strukturniveau, eine geringe Selbstregulation und Frustrationstoleranz sowie wenig bis keine Motivation aufweisen, um Richtlinien-Therapien zu beanspruchen. Damit wird die Annahme impliziert, dass umgekehrt Richtlinien-Therapien ein gewisses Strukturniveau für die Inanspruchnahme voraussetzen. Niederschwellige Musiktherapie kann damit eine Lücke füllen, die mit Hilfe des Mediums Musik positive Beziehungserfahrungen anbietet und vermittelt, dass die Jugendlichen mit ihren Bedürfnissen im Mittelpunkt stehen. Die Indikation für Psychotherapie liegt darin begründet, dass der / die PatientIn selbst einen Konflikt formuliert, der laut ärztlicher oder psychotherapeutischer Diagnose behandlungsbedürftigen Krankheitswert hat. Jedoch kann auch ohne die Formulierung einer Störung von Seiten des / der PatientIn die Indikation für Psychotherapie gegeben sein. Eine geringe Therapiemotivation, fehlende Krankheitseinsicht und / oder die externe Zuweisung zu Psychotherapie durch ein institutionelles oder familiäres System und nicht durch den / die PatientIn selbst kann dabei einen niederschwelligen Zugang indizieren.

Die Gesellschaft(en) und die daraus entstandenen Institutionen (re-)produzieren und definieren Normalität, Normen und letztendlich einen Verhaltenskodex, auch für Jugendliche. Junge Menschen sind neben den Anfor-

derungen und Erwartungen des familiären Kontextes auch auf einer gesellschaftlichen und institutionalisierten Ebene einem immensen Druck ausgesetzt bezüglich dessen, was sie leisten müssen, wie sie sich zu verhalten haben und was von ihnen erwartet wird. Der Großteil der Jugendlichen verfügt über eine hohe Adaptionfähigkeit und zahlreiche Resilienzfaktoren, die ein Gelingen der sozialen Integration und den erfolgreichen Umgang mit internem und externem Anpassungsdruck ermöglichen. Bei der Zielgruppe, mit der sich die vorliegende Arbeit beschäftigt, handelt es sich jedoch um Jugendliche, für die neben unzureichenden Bindungserfahrungen in der Kindheit und den entwicklungstypischen Veränderungen in der Pubertät und Adoleszenz die Konfrontation mit gesellschaftlichen und institutionellen Erwartungen eine weitere Anforderung und Hürde für die Inanspruchnahme von Hilfe bedeutet, worauf sie häufig mit Reaktanz und Widerstand reagieren (vgl. Liechti 2009: 53f.). Daher ist viel Umsicht und eine systemische Sichtweise von TherapeutInnen gefordert, um neben individuellen Problemen und Ressourcen auch den soziokulturellen und institutionellen Kontext der Jugendlichen zu beachten und einbeziehen zu können.

Musiktherapie hat hierbei den Vorteil, dass sie durch die Verwendung des Mediums Musik an die Lebenswelt der Jugendlichen anschließt, die hohe Bedeutung musikalischer Sozialisation im Jugendalter aufgreift und TherapeutInnen so über musikalisch-kreative Art und Weise eine Beziehung und Vertrauen aufbauen können. Das Besondere der Musiktherapie liegt dabei darin, dass die Musik nicht um der Musik willen, im ästhetisch-qualitativen Sinn, gebraucht wird, sondern als Träger dient, der über nonverbalen Ausdruck und Kommunikation u. a. der Wahrnehmung und Kanalisierung von Affekten, Emotionen und dem Beziehungsaufbau dient. Psychotherapeutisches Fachwissen über Störungsbilder und Entwicklungsphasen sowie spezifische musiktherapeutische Vorgehensweisen begründen die Notwendigkeit der Stellenbesetzung durch ausgebildete MusiktherapeutInnen.

Das Konzept der Niederschwelligkeit offenbart diesbezüglich mehrere Potentiale, die eine mögliche Herangehensweise an die oben beschriebene Zielgruppenproblematik bietet. So kann eine niederschwellige Methodik

und Gestaltung als ein Heranführen an Therapie gesehen werden. Beziehungsaufbau und -pflege von TherapeutInnen zum / zu Jugendlichen geschieht über Musik und die positive Besetzung gegenüber diesem Medium, nicht primär über das Eingestehen oder Konfrontieren mit Problemen, Störungen, Konflikten oder Krankheitsbildern. Das Musizieren an sich ist zwar insofern psychodynamisch „harmlos“, weil es offenkundig nicht an Bedingungen der Einsicht oder Bearbeitung von Konflikten gebunden ist, jedoch gleichzeitig eine Möglichkeit darstellt, sich emotional auszudrücken und Reflexionsprozesse zu initiieren. Auf der Beziehungsebene könnten dabei alltagssprachlich Gedanken anklingen wie: „Wir haben etwas miteinander zu tun, selbst wenn wir ‚nur‘ Musik machen“, oder: „Du nimmst meine Grenzen wahr und respektierst sie“.

Niederschwellige musiktherapeutische Angebote implizieren dennoch einen sicherheits- und strukturgebenden Rahmen, indem signalisiert wird, dass, wenn es zu Krisen kommt oder ein Jugendlicher tiefer in die Betrachtung oder Bearbeitung von innerpsychischen Konflikten einsteigen will, der / die MusiktherapeutIn ein kompetentes Gegenüber darstellt.

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit ist also, dass der Bedarf an Psychotherapie wegen hoher Anforderungen an PatientInnen nicht komplett gedeckt ist und Jugendliche durch bestehende Therapie- und Hilfenetze fallen, weil sie die geforderten Strukturen und Regeln nicht einhalten können. Niederschwellige Musiktherapie soll in diesem Sinne einen Schutz vor weiteren Misserfolgserlebnissen darstellen und Entwicklungspotentiale vermitteln und fördern. Das kann mittels einer ressourcenorientierten Sicht- und Arbeitsweise (→ 3.3.3.) und gleichzeitig fachlich-professionellen Berücksichtigung der Störungsspezifität geschehen, indem Beziehungsangebote gemacht und kreative Handlungsoptionen aufgezeigt werden. »Niederschwelligkeit« soll in diesem Sinne auch der Begriff sein, anhand dessen die Schnittmengen („Schnittflächen-Diskurs“ s. Seidel 2005: 29f.; Decker-Voigt 1975: 70) der Arbeitshaltungen und -methoden aus der Musiktherapie, der Community Music Therapy, der Sozialen Arbeit sowie Empfehlungen von Psychotherapie-Verbänden zusammengestellt werden und aufgezeigt wird, wo sich Überschneidungen konstruktiv ergänzen können.

A Theoretische Betrachtung zu Niederschwelligkeit

1. Begriffsbestimmung und Einordnung von Niederschwelligkeit

Dieses Kapitel versucht eine Definition und Einordnung des Begriffs Niederschwelligkeit darzulegen. Aufgrund der häufigen Verwendung in unterschiedlichen Kontexten, die mit ebenso divergenten Merkmalen und Ausprägungen einhergeht, ist eine Operationalisierung des Begriffs für die vorliegende Arbeit notwendig.

1.1. Definition von Niederschwelligkeit

»Niederschwelligkeit« und die Adjektive »niederschwellig« bzw. »niedrigschwellig« können durch ihre Metaphernförmigkeit Assoziationen zu einer niedrigen (Treppen-)Stufe oder einer leichten Erhöhung hervorrufen. Die »Schwelle« kann übertragen den Eingang durch eine Tür oder in ein Haus bedeuten und referiert damit ebenso auf den Zugang wie auf die Abgrenzung durch eine Schwelle. In der Geographie wird »Schwelle« als eine Anwölbung der Erdoberfläche bezeichnet, in der Physiologie und der Psychologie wird mit dem Begriff »Reizschwelle« gearbeitet. »Schwellenlos« ist im Zusammenhang mit barrierefreiem Bauen lediglich in der Architektur bekannt.

Das im Duden seit 2009 aufgeführte Wort »niedrigschwellig« bedeutet dort, dass etwas „nicht an (nur schwer erfüllbare) Voraussetzungen geknüpft [...] [und] schnell und unbürokratisch zu erhalten“ (Duden 2016) ist. Als Synonyme werden »einfach« und »leicht« aufgeführt. Das Gegenteil »hochschwellig« ist nicht aufgelistet, was damit zusammenhängen kann, dass die Bezeichnung hoch- oder höherschwellig erst in der Abgrenzung und konkreten Ausprägung in der Arbeit einer sozialen oder therapeutischen Einrichtung mit Zielgruppen oder Individuen notwendig wird.

Eine Definition findet sich bei Hartmann (2007), die darlegt, dass der Anspruch, niederschwellige Angebote zu gestalten, von der Annahme ausgeht, „dass sonstige (Regel-)Angebote Zugangsbarrieren aufweisen, bzw. die Zielgruppe aus verschiedenen Gründen gehindert wird, Hilfsangebote

in Anspruch zu nehmen“ (ebd.: 2). Dementsprechend sollten Formen und Inhalte von Angeboten so gestaltet werden, dass sie „leicht(er) in Anspruch genommen werden können.“ (Ebd.: 2)

Mayrhofer (2012) stellt fest, dass mit »Niederschwelligkeit« (beziehungsweise übergreifenden Gemeinsamkeiten niederschwelliger Angebote) die *„Bedingungen des Zugangs zu und der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten oder -maßnahmen für KlientInnen bzw. AdressatInnen“* (ebd.: 147; Hervorh. im Original) gemeint sind. Gleich in der Einleitung merkt sie jedoch an, dass der Begriff einer uneinheitlichen Bezeichnung unterliegt und dessen Auslegung, Funktionen und Formen „alles andere als eindeutig“ (ebd.: 9) sind. Sie beschreibt eine „Ambiguität der Erscheinungsformen“ (ebd.: 10) niederschwelliger Arbeit und stellt das Gewicht der Metapher heraus, die sowohl eine anschauliche, als auch mehrdeutige Auslegung ermöglicht:

Über Metaphern lassen sich komplexe und schwierig zu erfassende Phänomene bildhaft erschließen, wobei das Bild bekannten Erfahrungsmustern entlehnt und in einen anderen Bedeutungszusammenhang übertragen wird. Die Metapher suggeriert Klarheit, spricht aber nicht explizit aus, welche Bedeutung sie vergleichend zum Ausdruck bringt – und damit eröffnet und reduziert sie Komplexität gleichermaßen und stellt so ideale Bedingungen für Anschlusskommunikation her: Man kann einerseits Bekanntheit unterstellen und muss andererseits präzisieren, erläutern und eingrenzen, findet aber auch günstige Umstände für Abänderungen, Erweiterungen und Umdeutungen vor. (Ebd.: 10)

Mit diesen Hinweisen zur Begriffsbestimmung wird auch die Schwierigkeit einer empirischen Abhandlung des Themas deutlich. Die Übertragung des Begriffs »Niederschwelligkeit« auf die eingangs geschilderte Bezugsproblematik und die musiktherapeutische Arbeit mit Jugendlichen erscheint im Kontext von methodologischen und praxeologischen Überlegungen zur Verbesserung der Erreichbarkeit der Zielgruppe von großer Bedeutung zu sein. Auf der anderen Seite stellt sich die Frage, ob mit der Einführung des Konzepts eine schon bestehende Terminologie (zum Beispiel der therapeutischen Haltung oder der Gestaltung des Settings) neu besetzt wird und im eklektizistischen Sinne eine Neueinordnung stattfindet. Die Beantwortung dieser Frage wird hinten angestellt und als eine Teilaufgabe der vorliegenden Untersuchung angesehen.

Sowohl Hartmann (2007: 3) als auch Mayrhofer (2012: 145f.; 151) weisen auf die Divergenz der konkreten und spezifischen Ausgestaltung von Niederschwelligkeit in unterschiedlichen Kontexten hin. So sind die Ausprägungen und damit auch die Definition des Begriffs von der Zielgruppe und deren Lebenswelt abhängig und müssen an das jeweilige Umfeld und die Bedürfnisse angepasst werden. Die Begriffsauslegungen ziehen dadurch oftmals sowohl „individuelle Deutungen“ als auch „kontextspezifisch zu realisierende Eigenschaften“ (Mayrhofer 2012: 146) der jeweiligen niederschweligen Angebote nach sich. Zudem gebe es in der praktischen, institutionellen Arbeit im Gesundheits- und Sozialbereich viele Überschneidungen und Mischformen von hoch- und niederschweligen Angeboten. Eine besondere Konzentration niederschwelliger Arbeit finde sich in den Handlungsfeldern Jugend, Obdachlosigkeit und Sucht (vgl. ebd.: 180).

1.2. Typen niederschwelliger Angebote im sozialen Sektor

Für die Begriffsbestimmung und die weitere Eingrenzung des Themas ist es von Bedeutung, die verschiedenen Typen niederschwelliger Einrichtungen bzw. Angebote herauszustellen. Mayrhofer differenziert hierbei zwischen folgenden vier Angeboten:

Der erste Typus umfasst niederschwellige Angebote im engeren Begriffssinn für marginalisierte und stigmatisierte Personengruppen mit der „Funktion [...] der Herstellung von Adressierbarkeit potentieller KlientInnen für das Hilfssystem“ (ebd. 177), ohne auf eine konkrete Hilfsbedürftigkeit einzugehen. Die Angebote sind so gestaltet, dass noch keine implizite Annahme der KlientInnenrolle notwendig ist.

Der zweite Typus beinhaltet Hilfsangebote, die bereits „die Bearbeitung konkreter Problemlagen hilfsbedürftiger Personen oder Gruppen zum Ziel haben, dabei aber auf voraussetzungs-niedrige Zugänglichkeit und Bedingungen der Inanspruchnahme der Hilfeleistung achten“ (ebd.: 177). Hierbei wird eine grundlegende Annahme der KlientInnenrolle vorausgesetzt.

Unter den dritten Typus werden gemeinwesenorientierte niederschwellige Angebote gefasst, die eher eine raum- als personenorientierte Adressierung verfolgen. Menschen eines Gemeinwesens oder Sozialraums werden als AdressatInnen bzw. AkteurInnen im politischen, wirtschaftlichen, sozia-

len und kulturellen Gesamtkontext gesehen mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensqualität und des Zusammenlebens in einem territorial abgegrenzten Raum (vgl. Mayrhofer 2012: 178; s. auch Biesel 2007; Boulet et al. 1980; Oelschlägel 1994).

Schließlich werden unter den vierten Typus Informations- und Beratungsangebote subsumiert, die über moderne Informations- und Kommunikationstechnologien genutzt werden können. Als Beispiele gelten Online-Beratungen und -Psychotherapien, Telefonseelsorge und Internetforen für Betroffene und Angehörige von spezifischen Problemlagen oder Erkrankungen.

Die vorliegende Arbeit befasst sich, insbesondere im empirischen Teil, vordergründig mit Angeboten, die unter den Typ zwei fallen, da in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die diagnostische Abklärung stattfindet und konkrete Auffälligkeiten, Krisen, Störungen oder Krankheiten behandelt werden. Die Ausführungen über Community Music Therapy (→ 4.) entsprechen der Einteilung unter Angebotstyp drei, der insofern auch mit in die Themenbearbeitung einfließt.

2. Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit

Das Prinzip und der Begriff der Niederschwelligkeit kommen aus der Sozialen Arbeit². In den 1980er-Jahren kam es zu einer Gegenbewegung zur konventionellen Randgruppenarbeit (vgl. Oehme 2011: 5). Insbesondere drogenabhängige Menschen wurden nicht oder nur ungenügend erreicht, was auf (hochschwellige) Anforderungen zur Inanspruchnahme eines Angebotes wie dem Willen zur Abstinenz oder gar tatsächlicher Suchtmittelabstinenz und / oder regelmäßiger Termineinhaltung zurückzuführen war. Dieses Nicht-Erreichen zeigte sich in einem Mortalitätsanstieg und einer zunehmenden Verelendung der Betroffenen Ende der achtziger und Anfang der neunziger Jahre (vgl. Bundeskriminalamt 2002) und machte ein Umdenken in der klassischen Sozialen Arbeit notwendig. Die ersten nie-

² Soziale Arbeit umfasst nach Engelke (2002: 8f.) Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Gemeinwesenarbeit sowie alle weiteren historischen und aktuellen Traditionen der Armen- und Wohlfahrtspflege und Fürsorge.

derschweligen Angebote institutionalisierten sich in Kontaktläden, Fixerstuben und Beratungsstellen, die sich stark an der Lebenswelt und den Bedürfnissen der AdressatInnen orientierten. Neben der Drogenarbeit übernahmen sukzessive auch andere Bereiche wie beispielsweise die Familienarbeit, präventive Gesundheitsförderung und die Kinder- und Jugendhilfe niederschwellige Konzepte. Grundlegend war dabei stets, neben einer Schadensreduktion vor allem im Bereich der Drogenarbeit, Menschen an weiterführende Hilfen heranzuführen und die Motivation zur Annahme von Hilfe zu erhöhen. Die Bedeutung des Anschlusses an Folgeangebote wird auch durch die Untersuchungen Mayrhofer (2012) nachgewiesen. Sie stellte fest,

„dass die niederschwellige sozialarbeiterische Berufspraxis ihren Angeboten und Maßnahmen für sich allein nur begrenzt Sinn und Berechtigung zuspricht, wenn keine Anschlussoptionen für weiterführende Veränderungs- bzw. Entwicklungs- und Problembearbeitungsprozesse geboten werden und dafür Sorge getragen wird, dass derartige Übergänge grundsätzlich möglich sind und günstige Voraussetzungen haben.“ (Ebd.: 150)

2.1. Umsetzungsdimensionen von Niederschwelligkeit

In ihrer umfangreichen soziologischen Forschungsarbeit stellt Mayrhofer (ebd.: 159) drei Aspekte heraus, die Voraussetzungen und Anforderungen an Zielgruppen beinhalten welche für das niederschwellige Arbeiten möglichst gering gehalten werden müssen:

- (1) Zugang zu spezifischen Hilfsangeboten bzw. -maßnahmen
- (2) Bedingungen der Teilnahmefortsetzung
- (3) zu erreichende Erfolge bzw. Ziele

Diese drei Kriterien beleuchtet Mayrhofer durch vier Umsetzungsdimensionen und analysiert Angebote, Maßnahmen und soziale Organisationen um herauszufinden, wie und in welchem Ausmaß Niederschwelligkeit erreicht und realisiert werden kann. Diese Dimensionen ermöglichen eine Kategorisierung der niederschweligen Angebote und darüber hinaus auch eine Abgrenzung und Zuordnung dessen, was von der Sozialen Arbeit und was von der Musiktherapie geleistet werden kann. Die Unterteilung gliedert

sich in zeitliche, räumliche, inhaltliche und sachliche sowie soziale Aspekte, die ineinandergreifen und sich gegenseitig bedingen. Im Folgenden werden diese vier Dimensionen anhand der empirischen Ergebnisse Mayrhofer's erläutert und eine mögliche Umsetzung ihrer Ergebnisse in der klinischen Musiktherapie vorgehend zu jedem einzelnen Bereich kommentiert.

2.1.1. Zeitliche Dimensionen

Niederschwelligkeit in ihrer zeitlichen Dimension bedeutet nach Mayrhofer (2012: 160f.), dass wenige Voraussetzungen hinsichtlich der Zeitstruktur und geringe Anforderungen an die Zeitdisziplin der Zielgruppe gestellt werden. Dabei gibt es verschiedene Ausprägungen:

- Zeitlich weitgehend unbegrenzte Inanspruchnahme (beispielsweise Internetberatung und -therapie, Telefonseelsorge, spezifische Räume wie Fixerstuben, Notschlafstellen) ist rund um die Uhr möglich.
- Keine Notwendigkeit zur vorherigen Terminvereinbarung, die wiederum die Erwartung der Verbindlichkeit mit sich bringen würde, also die Erwartung, für einen bestimmten Zweck zu einem Zeitpunkt zu erscheinen.
- In Einrichtungen, die Aufenthalts- und / oder Übernachtungsmöglichkeiten anbieten, wird versucht, keine oder geringe Vorgaben hinsichtlich der zeitlichen Tagesstrukturierung der KlientInnen zu machen.
- Die Dauer des Angebots wird flexibel auf die Bedürfnisse der KlientInnen abgestimmt, indem kein Zeit- und Ergebnisdruck besteht. Die Erwartungshaltung, „dass irgendwann [...] Interventionen im engeren Sinne (d. h. im Sinne von Veränderungsarbeit) möglich werden könnten“ (ebd.: 161), wird in eine zeitlich nicht näher bestimmte Zukunft verschoben.

Bis auf den zuletzt aufgeführten Punkt ist eine Umsetzung für die Musiktherapie nur in sehr geringem Umfang möglich und bleibt Einrichtungen der Sozialen Arbeit vorbehalten. Die häufig sehr schwierige Finanzierung von Musiktherapie erfordert eine zeitliche Strukturierung von Therapien und steht einer zeitlich flexiblen und ohne Terminvereinbarung möglichen Inanspruchnahme meist entgegen. Die finanzielle Sicherheit für Musikthe-

rapeutInnen muss gewährleistet sein.

Des Weiteren wird in der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeit das Erreichen oder Festigen einer Tagesstruktur oftmals als ein Ziel der Behandlung formuliert. Die Ausgestaltung der Tagesstruktur kann daher, anders als in Einrichtungen der Sozialen Arbeit, im klinischen Setting eher auf inhaltlicher Ebene stattfinden. Lediglich der Aspekt der Reduktion von Erwartungshaltung und Zeit- und Ergebnisdruck kann von MusiktherapeutInnen mitgestaltet werden. Die Entscheidung, ob und wann ein schwieriges Thema eingebracht wird, liegt bei den Jugendlichen, weshalb die Vermittlung von Freiwilligkeit, Selbstbestimmung und -verantwortung einen wichtigen Stellenwert innehat. Zudem kann von therapeutischer Seite Niederschwelligkeit auch darin bestehen, Entwicklungs- und Veränderungsprozessen ausreichend Zeit zuzugestehen und sich von zeitlichem Behandlungsdruck möglichst zu distanzieren. Durch die Ökonomisierung und damit einhergehende Kosten-Nutzen-Rechnungen von Kliniken ist der Zeitdruck jedoch sehr hoch.

Hinsichtlich der Wartezeit für ambulante Psychotherapie (→5.) ist noch hinzuzufügen, dass kürzere Wartezeiten die Barrieren zur Inanspruchnahme von Psychotherapie reduzieren können.

Insgesamt besteht ein enger Zusammenhang zwischen Zeit und Inhalt, denn Zeitstrukturen bedingen die inhaltliche Ausgestaltung von Hilfs- und Therapieangeboten.

2.1.2. Räumliche Dimensionen

Die Ausformung von Niederschwelligkeit in der räumlichen Dimension bedeutet keine oder geringe Erfordernisse für das räumliche Erreichen von Hilfsangeboten und den Zutritt zu bzw. den Aufenthalt in einem Raum zu stellen (vgl. Mayrhofer 2012: 162). Dem Wortsinn nach bezieht sich schon die Metapher „niederschwellig“ auf eine räumliche Komponente, wodurch die Relevanz der Herstellung räumlicher Nähe für die Interaktion und das In-Kontakt-Treten betont wird. Mayrhofer unterscheidet dabei die in den Räumen von sozialen Einrichtungen stattfindende Interaktion von der in den Räumen bzw. der Lebenswelt der KlientInnen (bspw. Wohnraum, Aufenthalt in öffentlichen Räumen), da diese Interaktionen jeweils mit unter-

schiedlichen „räumlich gebundenen Erwartungen“ (ebd.: 162) und Verantwortlichkeiten einhergehe. So hänge die Einhaltung von (sozialen und gesetzlichen) Regeln eng mit Raumstrukturen und -kontexten zusammen, da bei einer aufsuchenden Arbeit weniger Verantwortung zur Regeleinhaltung von Seiten der Organisation sich selbst und dem Rechtsstaat gegenüber bestehe, als wenn der Kontakt in den Räumen der Einrichtung stattfinde. Aufgrund dieser Verantwortungsreduktion und der geographischen Nähe werden Angebote als besonders niederschwellig bezeichnet, bei denen KlientInnen ihr Lebensumfeld nicht verlassen müssen, sondern dort aufgesucht werden. Im Fall aufsuchender Sozialer Arbeit entstehe jedoch dadurch ein Spannungsfeld, dass die Schwelle nicht von den AdressatInnen selbst, sondern von den MitarbeiterInnen einer sozialen Institution überschritten wird. Damit sei eine aufsuchende bzw. nachgehende Soziale Arbeit sehr offensiv bzw. proaktiv (vgl. ebd.: 164f.). Dazu schreibt der systemische Psychotherapeut und Psychiater Liechti (2009) in Rückbezug auf Prochaska (2001):

Forschungsergebnisse sprechen vielmehr dafür, dass in der psychischen Gesundheitsvorsorge ein proaktives und interaktives Vorgehen sinnvoll ist. Man sagt, dass es hilfebedürftigen Menschen, die kein Interesse an einer Hilfe zeigen oder diese verweigern, möglicherweise an Motivation fehlt. Geht man aber aktiv auf sie zu, so finden sich erstaunlicherweise vergleichbare empirische Ergebnisse wie bei jenen, die von selber kommen. (Ebd.: 72)

Auch die räumliche Gestaltung spielt neben der geographischen Lage eine Rolle: „Räumliche Nähe wird durch das *Vermeiden oder Geringhalten von räumlich symbolisierter bzw. materialisierter Distinktion zur Zielgruppe* hergestellt.“ (Ebd.: 163; Hervorh. im Original)

Für die Musiktherapie kann festgehalten werden, dass die Ausformung des Musiktherapieraumes (Inventar, Licht etc.) je nach baulichen und finanziellen Konditionen von TherapeutInnen gestaltet werden kann, womit ein Einfluss auf die räumliche Atmosphäre besteht. Mit aufsuchenden musiktherapeutischen Angeboten arbeitet beispielsweise das Unternehmen „Musik auf Rädern“ (<http://www.musikaufraedern.de/>) oder das musiktherapeutische Gewaltpräventionsprogramm „TrommelPower“ mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (Roisch et al. 2016; s. auch Wölfl 2014). Aufsu-

chende sozialpädagogische Musikprojekte bestehen in verschiedenen Varianten von „Musikmobilen“ (vgl. Pleiner 2004), die unter Namen wie „Rock-“ bzw. „Hip-Hop-Mobile“, „Soundtrucks“ oder „Jamliner“ zu finden sind (vgl. ebd.: 197f.).

Die Räume, in denen die für den empirischen Teil dieser Arbeit befragten Jugendlichen Musiktherapie wahrgenommen haben, werden im Kapitel (→ 7.2.) beschrieben. Auf die Bedeutung der Arbeit mit und in Räumen wird erneut in den Erörterungen über Community Music Therapy (→ 4.) eingegangen.

2.1.3. Inhaltliche und sachliche Dimensionen

Die inhaltlichen und sachlichen Dimensionen werden unterteilt in eine sachliche Problemdarstellung, eine inhaltliche Ausrichtung der Einrichtungen, sowie die angestrebten Erfolge bzw. Ziele des Angebots.

Niederschwellige Soziale Arbeit gilt laut Mayrhofer (2012) als eine generalisierte Anlaufstelle für „Multiproblemlagen“ in einer Einrichtung. Die Autorin schreibt dazu:

Inhaltlich wird vorrangig an der Herstellung der Grundlagen zur An- und Übernahme der KlientInnenrolle gearbeitet. Diese Grundlagen [...] reichen von körperlicher und psychischer Stabilisierung über die Förderung spezifischer Problembereiche bis zur Herstellung von Vertrauen in das Hilffssystem. Hier kommt die hauptsächliche Funktion niederschwelliger Einrichtungen, nämlich die Herstellung einer grundlegenden Adressierbarkeit für das Hilffssystem, in der inhaltlichen Dimension zum Ausdruck. (Ebd.: 167)

Diese Adressierbarkeit von Menschen, die sich institutionalisierten und formalisierten Angeboten größtenteils verschließen, kann durch die Verbindung einer akzeptierenden Haltung mit dem Grundsatz der „vorbehaltlosen persönlichen Wertschätzung“ (ebd.: 188) erreicht werden. Darüber hinaus wird im niederschweligen Bereich von den KlientInnen keine Krankheitseinsicht oder Veränderungsmotivation verlangt. In Bezug auf die zeitliche Dimension ist es auch an dieser Stelle wichtig, festzuhalten, dass die Beanspruchung des Angebots nicht an das Erreichen von Zielen, Erfolgen oder Leistungen gebunden sein sollte, denn eine Zielvereinbarung birgt die Gefahr des Scheiterns oder des Nicht-Ereichens derselben. Wie schon in der Vorreflexion angemerkt, finden sich in den Biografien der Jugendli-

chen, die als eine Zielgruppe niederschwelliger Musiktherapie gelten, viele Misserfolgserlebnisse, deren Zunahme verhindert werden sollte. Daher liegt der Fokus der niederschwelligen Ausprägung der inhaltlichen Dimension auf einer selbstbestimmten und flexiblen Gestaltung der Ziele (vgl. Mayrhofer 2012: 169). Gleichzeitig führt eine Zielvereinbarung, auch wenn sie durch den / die PatientIn formuliert wurde, zu einem höheren Ausmaß an Verbindlichkeit und dadurch zu einem höherschwelligen Setting (vgl. ebd.: 169).

Mayrhofer schreibt der inhaltlichen Dimension von Niederschwelligkeit auch die Zielgruppenbestimmung bzw. -offenheit zu, da sich der Inhalt des Angebots auf die Bedürfnisse und Problemlagen einer spezifischen Zielgruppe beziehen. Zielgruppenoffenheit wird häufig in Verbindung mit niederschwelliger Arbeit gebracht, wobei sich laut Mayrhofer oftmals Zielgruppenpeneinschränkungen zeigen (vgl. ebd.: 168, s. auch Westphäling 2010). Eingrenzungen werden durch folgende Eigenschaften begünstigt:

- In der kontextspezifischen Arbeit wird mit einzelnen Zielgruppen gearbeitet. Ein Beispiel dafür ist der Bedarf an genderbezogener Wohnungslosenarbeit, da Frauen durch spezifische Lebens- und Problemlagen ein anderes Angebot benötigen als Männer.
- Dazu kommt, dass die Einschränkung auf eine Zielgruppe manchmal durch die Vergabe finanzieller Mittel bestimmt wird.
- Von Zielgruppenunverträglichkeiten wird dann gesprochen, wenn Zielgruppen oder Personenkreise in einem Konflikt zueinander stehen, der in die Einrichtung übertragen würde, ohne selbst den Inhalt des Angebotes darzustellen (vgl. ebd.: 168).
- Eine Eingrenzung kann auch durch einen spezifischen Akzeptanzprozess seitens der AdressatInnen des Angebotes nötig sein. Nicht nur die Angebotsstruktur setzt Schwellen, auch die „sich ausbildenden Nachfragestrukturen“ (ebd.: 169) können die Entstehung von Schwellen begünstigen. Ein Beispiel dafür hat der Verfasser der vorliegenden Arbeit in einem TrommelPower-Projekt mit Flüchtlingen erfahren, bei dem eine Vereinnahmung des Angebots durch afghanische Jugendliche stattfand, sodass Jugendliche aus afrikanischen Ländern nicht mehr teilnahmen (vgl. Roisch et al. 2016: 19f.).

Des Weiteren findet eine Reduktion der Schwelle durch die „Kopplung verschiedener Angebote [...] durch symbiotisches Mitführen von bedürfnisbefriedigenden Angeboten“ (Mayrhofer 2012: 169; Hervorh. im Original) statt. Das Anbieten und Bereitstellen von Essen, Schlafräumen, Duschen und Ähnlichem erfüllt eine Doppelfunktion: Einerseits wird damit eine Stabilisierung und Befriedigung der (körperlichen) Bedürfnisse erreicht, andererseits wird darauf abgezielt, an das eigentliche Angebot heranzuführen. Die KlientInnen werden, umgangssprachlich, „angefüttert“. In der Arbeit mit Jugendlichen können Freizeitangebote dazu dienen, die Interessen der jungen Menschen anzusprechen und über den Kontakt-, Vertrauens- und Beziehungsaufbau „zur Annahme des ursprünglich gar nicht nachgefragten Angebotes zu motivieren“ (ebd.: 170).

Die inhaltliche Dimension von Niederschwelligkeit ist somit laut Mayrhofer (vgl. ebd.: 170) in zwei Ebenen zu unterteilen:

Zum einen existieren Angebote, die auf materielle bzw. körperliche Grundbedürfnisse abzielen, oder auch Freizeitangebote, die für die Zielgruppe(n) von außen gut wahrnehmbar und ersichtlich sind.

Die zweite Ebene umfasst Beziehungsangebote, die die Schaffung einer stabileren Adressierbarkeit für das Hilffssystem zum Ziel haben und im Besonderen für Jugendliche eine sozialisatorische Funktion beinhalten.

Gerade in der zweiten Ebene der Beziehungsangebote, die verdeckt gehalten wird, finden sich „Elemente der List“ und ein „Charakter des Ködorns“ (ebd.: 170), da die Jugendlichen das Angebot wegen der ersten Ebene in Anspruch nehmen und (zunächst) nicht wegen des dahinter stehenden Beziehungs-, Beratungs- oder therapeutischen Angebots.

Übertragen auf die Musiktherapie kommt hierbei eine hoch einflussreiche Funktion und Parallele zum Tragen: Musikmachen dient durch die Lebensweltnähe und den wichtigen Stellenwert der Musik für viele Jugendliche als „kompatibles Angebot“ (ebd.: 170), das über den Beziehungs- und Vertrauensaufbau als Anknüpfungspunkt dient, um die Motivation und Bereitschaft für weitergehende, sukzessiv tiefer einsteigende therapeutische Prozesse zu initiieren. Diese manipulativ anmutende Komponente muss reflektiert werden und erfordert ein hohes Maß an Authentizität und Transparenz hin-

sichtlich Beziehungsaufbau und -gestaltung. Den inhaltlichen Dimensionen der Niederschwelligkeit können auch die musiktherapeutischen Vorgehensweisen zugerechnet werden (→ 3.4.).

2.1.4. Soziale Dimensionen

Die sozialen Dimensionen von Niederschwelligkeit bezeichnen die Art der Beziehung zwischen KlientInnen und den MitarbeiterInnen einer sozialen Organisation oder den dahinter stehenden AuftraggeberInnen selbst (vgl. Mayrhofer 2012: 170). Die folgenden sozialen Charakteristika sind laut Mayrhofer konstitutiv für Niederschwelligkeit:

Zu gewährleisten sei nach der Autorin eine „weitestmögliche *Anonymität für die KlientInnenseite*“ (ebd.: 170; Hervorh. im Original). Sowohl die Bildung und Zurechnung von Erwartungen als auch Kontrollmechanismen gegenüber KlientInnen würden von sozialen Organisationen dadurch verhindert oder erschwert, indem die Dokumentation fehlt oder mindestens nicht personenbezogen geführt wird. Die dadurch beabsichtigte Reduktion der Angst vor Kontrolle und Sanktionen erhöhe die Wahrscheinlichkeit der freiwilligen Annahme eines Angebots. Als Folge entstehe eine geringe Verbindlichkeit der Interaktion und Interaktionsfortführung für die anonym bleibende Person, die jeweilige soziale Einrichtung verfüge dann jedoch nur über reduzierte Anschlussmöglichkeiten an frühere Kontakte (vgl. ebd.: 171).

Freiwilligkeit wird sehr häufig als Merkmal niederschweligen Arbeitens gesehen, obwohl sie auch auf höher- oder hochschwellige Angebote oder Maßnahmen zutreffen könne (vgl. ebd.: 148f.; 173). Freiwilligkeit charakterisiere jedoch auch deshalb niederschwellige Angebote, weil sie „die *Funktion [innehat], das Gelingen des Balanceaktes zwischen aktivem Zugehen [von Professionellen auf die KlientInnen; Anm. d. Verf.] und Wahrung der Autonomie der Zielgruppen wahrscheinlicher werden zu lassen.*“ (Mayrhofer 2012: 174; Hervorh. im Original)

Zudem komme der Sprache eine hohe Bedeutung zu, denn niederschwellige Angebote müssten eine „sprachliche Anschlussfähigkeit“ (ebd.: 175) der MitarbeiterInnen gegenüber den KlientInnen gewährleisten. Das betreffe die Alltagssprache mit ihrem teilweise sehr spezifisch-subkulturellen Vo-

tabular ebenso wie Möglichkeiten der Kommunikation mit KlientInnen mit Migrationshintergrund. Bei letzterer Gruppe sind Kenntnisse und Verständnis von kulturellen Hintergründen notwendig, um die Anschlussfähigkeit sicher stellen zu können. Hierbei hat die Musiktherapie mit der Musik als prä-, non-, und extraverbalem Kommunikationsmedium eine privilegierte Stellung inne, die viele Anschlussmöglichkeiten bietet und sprachliche und kulturelle Schranken leichter aufheben kann (→ 3.1. & 3.3.).

Die Wahrung der Anonymität ist insbesondere in der Arbeit mit Jugendlichen bedeutend, da diese vermehrt die Grenzen von gesellschaftlich etablierten Normen und Werten ausloten und durch die Legislative ein stärker begrenztes Recht auf Selbstbestimmung zugestanden bekommen als Erwachsene. Dazu bemerkt Mayrhofer (2012: 173):

Durch die Wahrung der Anonymität nach außen kann die Interaktion zwischen Jugendlichen und SozialarbeiterInnen aus Zwangskontexten [...] herausgehalten werden, da die Jugendlichen in diesem Setting dadurch von AkteurInnen, die zu Zwang bzw. zu gewissen gesellschaftlich gebilligten Einschränkungen der jugendlichen Autonomie berechtigt wären, nicht adressiert werden können.

Anonymität und neue Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und Beratung ermöglichen auch die modernen Informations- und Kommunikationstechnologien, da nicht die gewohnte Umgebung verlassen und der richtige Name angegeben werden muss, wodurch neue Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe entstehen.

Die beiden Aspekte Anonymität und Freiwilligkeit bei niederschweligen Angeboten weisen generell auf eine hohe Unverbindlichkeit für die Zielgruppen hin (vgl. ebd.: 175). Der Vertrauens- und Beziehungsaufbau ist von freundschaftsähnlicher Kommunikation geprägt und strebt eine Reduktion der Asymmetrie zwischen Professionellen und KlientInnen an.

Der Aspekt der oben beschriebenen Anonymität kann in der Musiktherapie auf die Schweigepflicht und den Datenschutz übertragen werden, der vor der Therapie betont wird. Für manche Jugendliche kann die Zusicherung der Schweigepflicht und das Versprechen, dass weder Erziehungsberechtigte noch sonstige Dritte (Schule, Jugendamt, ArbeitgeberIn und Ähnliche) von den Therapieinhalten und -prozessen erfahren, erst ein Einlassen auf die Therapie und den / die TherapeutIn ermöglichen. Allerdings ist bei vor-

liegendem therapeutischen Auftrag die oben beschriebene fehlende oder nicht personenbezogene Dokumentation zwar in der Sozialen Arbeit, nicht jedoch mit Psycho- bzw. Musiktherapie vereinbar. Die Dokumentation dient im therapeutischen Setting sowohl der rechtlichen Absicherung bei potentieller und tatsächlicher Selbst- und Fremdgefährdung als auch der Kostenzusage durch die Krankenkassen. Darüber hinaus können durch die Aufzeichnung des Behandlungsverlaufs Therapieprozesse reflektiert, supervidiert und weitere Interventionen und Ziele geplant werden.

Freiwilligkeit ist grundsätzlich eine Voraussetzung für Psychotherapie, Therapie unter Zwang (beispielsweise die therapeutische Arbeit in der Forensik mit pädophilen Straftätern, MPU etc.) unterliegt anderen Funktionsweisen und ist dann nicht mehr mit Niederschwelligkeit vereinbar. Geht man davon aus, dass Jugendliche eine niedrige Therapiemotivation aufweisen, so kann Therapie als Angebot vorgestellt werden mit dem Hinweis, dass PatientInnen selbst entscheiden, ob, was, wann und wie Themen eingebracht und bearbeitet werden. Darüber hinaus erfordert Therapie, insbesondere mit Jugendlichen, eine hohe Sensibilität für die (Be-)Achtung von Widerständen und ablehnenden Signalen. Hier wird noch einmal die Schwierigkeit der Abgrenzung von hoch- und niederschweligen Angeboten deutlich, denn sobald PatientInnen einen Konflikt formulieren können und eine Behandlung mit Psychotherapie gewollt wird, handelt es sich eigentlich um ein hochschwelliges therapeutisches Angebot. Niederschwelligkeit bedeutet somit, Therapiemotivation zu schaffen oder zu erhöhen, Vertrauen und eine Beziehung aufzubauen, um, unter der Beachtung von ablehnenden Signalen, bei Bedarf und bestehender Compliance in eine höherschwellige Verbindung mit dem / der KlientIn zu kommen.

2.2. Ausdehnung der Dimensionen für die Musiktherapie

Die nun dargelegten Umsetzungsdimensionen niederschwelliger Arbeit müssen im Bezug auf die Thematik erweitert werden, weil einige davon nur durch die Soziale Arbeit geleistet werden können. Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben kann Niederschwelligkeit in eine zeitliche,

räumliche, sachliche und inhaltliche sowie eine soziale Dimensionen unterteilt werden. Wichtig für die Musiktherapie erscheint dabei in der zeitlichen Dimension das Geringhalten von Zeit- und Ergebnisdruck durch eine flexible Ausrichtung auf die Bedürfnisse der KlientInnen. Die räumliche Komponente kann in der klinischen Musiktherapie vor allem durch die niederschwellige und lebensweltnahe Gestaltung des Musiktherapieraums realisiert werden und durch aufsuchende und ambulante Projekte. Mit einer ressourcenorientierten Sichtweise und der bedingungslosen Wertschätzung durch die MusiktherapeutInnen können Beziehungsangebote gemacht werden. Das charakterisiert die inhaltliche Umsetzungsdimension von Niederschwelligkeit. Dazu gezählt werden kann auch ein zunächst musikalisches Angebot, das Motivation, Vertrauen und eine Beziehungsbasis herstellt, was wiederum für weitere therapeutische Prozesse genutzt werden kann. Im Hinblick auf die soziale Dimension von Niederschwelligkeit können die Aspekte der Freiwilligkeit sowie die sprachliche Anbindung durch die der Musik immanenten Ausdrucks- und Kommunikationsformen auf die Musiktherapie übertragen werden.

Aufgrund der von Mayerhofer (2012: 146) konstatierten „Kontextspezifität“ erscheint eine modifizierende Ausdehnung für die musiktherapeutische Arbeit berechtigt.

2.2.1. Therapeutische Beziehung

MusiktherapeutInnen besitzen Fähigkeiten und Fachwissen das hinsichtlich der Beziehungsgestaltung einsetzbar ist (s. Ausführlich → 3.2.), wodurch die soziale Umsetzungsdimension ausgeweitet werden kann. Damit werden Ressourcen und Potentiale eröffnet, die sowohl auf einer musikalisch-kreativen, und damit nonverbalen, wie auf einer expressiven und emotionalen Ebene die Therapie- und Arbeitsbündnisfähigkeit von Jugendlichen fördern kann (→ 3.5.; vgl. auch Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk 2005: 216).

2.2.2. Therapeutische Auftragskultur sozialer und therapeutischer Institutionen

Je nachdem, in welchem Bereich MusiktherapeutInnen arbeiten, ist die Ausgestaltung von Niederschwelligkeit mehr oder weniger möglich. In Einrichtungen der Sozialen Arbeit ist, wie die Feldbeobachtung der Musiktherapie in der ISE24 (→ 9.) aufweist, niederschwellige Arbeit sehr gut möglich. Allerdings gibt es dort, im Gegensatz zu Kinder- und Jugendpsychiatrien, mitunter keinen klaren therapeutischen Auftrag. In letzterer Institution kann die musiktherapeutische Ausgestaltung von Niederschwelligkeit auf zeitlicher und räumlicher Ebene nur begrenzt erreicht werden. In der sozialen und inhaltlichen Dimension dagegen können weitreichende Potentiale eröffnet werden.

2.3. Soziologischer Exkurs und Rückbezug zur Musiktherapie

Soziologie und Organisationstheorien stellen wichtige Bezugswissenschaften für die Soziale Arbeit dar (vgl. u. a. Bommers & Scherr 2000; Lengfeld 2007; Merten 2005; Maaß 2009). Da das Konzept der Niederschwelligkeit, wie bisher beschrieben, der Sozialen Arbeit entlehnt ist, soll in diesem Abschnitt kurz auf die Bedeutung soziologischer Theorien Bezug genommen werden. Weitere Untersuchungen über die Bedeutung von Soziologie und Organisationstheorien für die Musiktherapie müssten in einer eigenen Forschungsarbeit behandelt werden, wobei fruchtbare und feldöffnende Perspektiven zu erwarten wären.

Chancen und Hindernisse zur gesellschaftlichen Teilhabe und Partizipation lassen sich mit Hilfe des Gegensatzpaars Inklusion / Exklusion systemtheoretisch erörtern. Eine ausführliche Darstellung dazu findet sich bei Mayrhofer (2012: 21f.).

Musiktherapie ist, neben den etablierten (Richtlinien-)Psychotherapien, der medizinischen Versorgung und auch der Sozialen Arbeit in das Gesundheitssystem eingebettet. Die Gesellschaften konstituieren und (re-)produzieren Hilfsbedürftigkeit und Helfen lassen für den gesamten Sektor (vgl. ebd.: 19). Zu beachten ist indes, dass Menschen in unserer „funktional differenzierten Gesellschaft“ (Luhmann 1999: 620, zit. n. Mayrhofer 2012: 24)

nicht mehr in ein einziges Teilsystem integriert bzw. von der Teilhabe an diesem exkludiert sind, sondern AkteurInnen verschiedener Systeme wie dem Wirtschafts- und Bildungssystem, dem politischen System u. a. sind und spezifische Rollen in ihnen übernehmen. Die theoretischen Erläuterungen Mayrhofer (2012: 51ff.) über die Organisationsformen und -strukturen Sozialer Arbeit lassen sich auch auf Institutionen mit therapeutischem Behandlungsauftrag übertragen. So ermöglichen Organisationsentscheidungen auf der Grundlage gesellschaftlicher und wohlfahrtsstaatlicher Werte und Normen die Entwicklung von Teilnahmebedingungen und Zugangsvoraussetzungen für Menschen, womit wiederum der Zugang zu sozialen Institutionen eingeschränkt wird. Den Wechsel zwischen Hilfe und Nichthilfe bestimmen dabei soziale Organisationen beispielsweise durch Anforderungen an die PatientInnen zur Mitarbeit, zur Abstinenz von Suchtmitteln, zur Einhaltung von Regeln etc. und nicht die in einer Organisation arbeitenden Professionellen: „Die Entscheidung über Hilfe und Nichthilfe ist nicht auf Professionsebene, sondern auf Organisationsebene geregelt, auch wenn sich letztere teilweise in hohem Ausmaß auf die Strukturkomponente Personal verlässt“ (Mayrhofer 2012: 52).

Aspekte der Organisationstheorie können auf die Musiktherapie im klinischen Setting einer Kinder- und Jugendpsychiatrie übertragen werden, wo ihr eine spezifische Rolle zukommen kann. Als nicht behandlungsführendes Therapieangebot hat Musiktherapie gewisse Freiräume in der Gestaltung des Angebotes und kann „in ihrer soziokulturellen Funktion auch einen Zugang zu den Erfahrungswelten von Kindern und Jugendlichen herstellen.“ (Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk 2005: 23) Durch weniger Verantwortung (und Strenge), als sie behandlungsführende PsychologInnen oder ÄrztInnen innehaben, können sich MusiktherapeutInnen, ohne rechtliche und institutionsspezifische Regeln zu missachten, eher vom therapeutischen Gesamtauftrag der Klinik befreien und damit konstruktiv Lücken füllen, die zwischen den gesellschaftlichen und institutionellen Erwartungen und den Erfahrungswelten der Jugendlichen bestehen.

3. Niederschwelligkeit in der Musiktherapie mit Jugendlichen

In der Literatur über Musiktherapie mit Jugendlichen unterliegt Niederschwelligkeit keiner konzeptuellen und strukturierten Arbeitsweise und doch scheint ein niederschwelliger Zugang von Bedeutung zu sein, weil er in unterschiedlichen (Kon-)Texten immer wieder beschrieben wird. Dieser Abschnitt verfolgt das Ziel, explizite Verwendungen des Begriffs in der musiktherapeutischen Literatur mit Effekten, Arbeitsweisen und -haltungen der Musiktherapie zusammenzuführen, die zwar nicht als niederschwellig benannt werden, jedoch den dargelegten (und teilweise kontextspezifisch adaptierten) Formen und Spezifika der Niederschwelligkeit entsprechen. Der zentrale Fokus soll darauf liegen, die Umsetzungsdimensionen von Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit auf die therapeutische Beziehung zu Jugendlichen in der Musiktherapie zu übertragen. Deshalb wird nach der Darlegung allgemeiner Aspekte der Musiktherapie (→ 3.1.) der Beziehungsaufbau und die Beziehungsgestaltung anhand von relevanten entwicklungspsychologischen und prozessual-diagnostischen Erörterungen aus der Literatur herausgestellt (→ 3.2.). Daraufhin werden ausschnittsweise Funktionen von Musik und Musiktherapie aufgezählt (→ 3.3) und musiktherapeutische Vorgehensweisen beschrieben (→ 3.4.). Danach wird auf die therapeutische Haltung eingegangen (→ 3.5.). Ausführungen über Interferenzen von Musiktherapie, Musikpädagogik und Sozialer Arbeit mit Musik bilden den Abschluss dieses Abschnitts (→ 3.6.). Diese sechs Teile untergliedern formal das dritte Kapitel, überschneiden und bedingen sich jedoch gegenseitig.

3.1. Allgemeines und Einleitendes über Musiktherapie

Die schulen- und methodenübergreifende Gemeinsamkeit in der Vielzahl musiktherapeutischer Ausrichtungen ist das psychotherapeutische Grundverständnis der TherapeutInnen. Als Ziel der Musiktherapie mit Jugendlichen kann formuliert werden, dass mit Hilfe von aktiven und rezeptiven Methoden Jugendlichen bei individuellen und jugendspezifischen Problemen Handlungsspielräume und (nonverbale) Ausdrucksmöglichkeiten eröffnet werden sollen, um Defizite, Traumatisierungen und Konflikte bear-

beiten zu können (vgl. Haffa-Schmidt 1999: 31f.).

Grundsätzlich ist der Anteil musiktherapeutischer Behandlungen für Kinder und Jugendliche verglichen mit den Angeboten für Erwachsene sowohl im ambulanten Bereich (Wormit et al. 2001) als auch im stationären Setting (Stegemann et al. 2008) deutlich höher (für eine kurze Zusammenfassung der Positionen Wormits und Stegemanns s. Stegemann 2009: 232). Betrachtet man die Geschichte und Entwicklung des Berufes, so war neben der psychotherapeutischen (Loos, Blanke, Jädicke), der medizinischen (Teirich) und der anthroposophischen (Schüppel) Orientierung eine heilpädagogische Ausrichtung (Nordoff & Robbins, Alvin, Orff) wegweisend für die moderne Musiktherapie (vgl. DMtG 2014: o. S.). Die Kontaktaufnahme, die Sensibilisierung und Förderung der Wahrnehmung und der Aufbau von Beziehungen konnte (und kann) in der Heilpädagogik mit schwerstmehrfachbehinderten Kindern nicht oder nicht in dem Maße mit verbaler Sprache geschehen und gefördert werden wie mit Hilfe des Mediums Musik. Gesprochene Wörter und Sätze bedeuten jedoch nicht nur für nicht sprachfähige Kinder und Jugendliche eine teils unüberwindbare Barriere, was sich mitunter in fehlender Therapiemotivation, Reaktanz und Widerstand manifestieren kann (vgl. Liechti 2009: 53f.). Dagegen kann Musiktherapie bildlich gesprochen die Schwelle für Ausdruck und Kommunikation reduzieren und zwar durch folgende Aspekte:

- die symbolisierende Funktion (s.a. Lorenzer 1981 & 2002; Mahns 2004)
- die Übertragung auf musikalische Parameter („Wirkungskomponenten“ der Musiktherapie) wie Rhythmus, Klang, Harmonie, Form und Melodie (Hegi 1998: 61f.; Frohne-Hagemann et al. 2005: 38)
- die Lebensweltnähe und sozialisatorische und soziokulturelle Funktionen der Musik insbesondere für Jugendliche (Lutz Hochreutener 2009: 62; Frohne-Hagemann et al. 2005: 102; Münch 2002: 73f.)

Dieser kurze Abriss über die Musiktherapie im Allgemeinen schließt also mit dem der Musiktherapie immanenten Potential, Ausdrucks- und Kommunikationsformen sowie Beziehungsaufbau durch das Medium Musik zu

schaffen. Außerdem eignet sich Musik und Musiktherapie dafür, innere „Räume“ zu entwickeln, in denen KlientInnen unabhängig von dem / der Therapeuten/-in Sicherheit erleben und durch das gemeinsam bei der Musik Erlebte die Beziehung verinnerlichen und leichter abrufbar in den Alltag mit nehmen. Damit ist die Ausgangslage eröffnet, die auf die niederschwellige, musiktherapeutische Arbeit mit Jugendlichen übertragen werden kann und im nachfolgenden Abschnitt spezifisch erörtert wird.

3.2. Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung

Wie in den Kapiteln über die Definition und die Umsetzungsdimensionen von Niederschwelligkeit (→ 2.1.) dargelegt wurde, geht es bei niederschwelligem Arbeiten um das Herstellen von Kontakt und die Adressierbarkeit von PatientInnen für Hilfs- und Behandlungssysteme. »Herstellen« als Synonym von 'entstehen' oder 'zustande kommen lassen', 'gestalten', '(er-)schaffen', 'kreieren' (vgl. Duden 2016) referiert dabei auf das (auch kreative) In-Kontakt-Treten, die ersten Schritte des Beziehungsaufbaus.

Eine grundlegende Theorie des Beziehungsaufbaus wurde mit der Bindungstheorie vorgelegt (s. Bowlby 1982; Bowlby & Ainsworth 2001; Grossmann & Grossmann 2004). Die Urheber der Theorie beobachteten die Beziehung zwischen Säuglingen und Müttern und kategorisierten ihre Beobachtungen in drei verschiedene Bindungstypen. Neben Kindern, die eine sichere Bindung an die Bezugsperson aufweisen, konnten Kinder mit unsicher-vermeidender sowie ambivalent-unsicherer Bindung empirisch nachgewiesen werden (vgl. Oerter/Montada: 197f.). Dem Potential der Bindungstheorie und dem dort beschriebenen Konzept der „Feinfühligkeit“ (Ainsworth 2009 [1974]) schreibt auch Erhardt (2014) eine besondere Bedeutung für die Musiktherapie zu:

In Anlehnung an die Bindungstheorie versteht sich auch der Musiktherapeut als »sichere Basis« oder als »sicherer Hafen« für die Patienten und steht damit sowohl für das Bedürfnis nach Sicherheit als auch für das Bedürfnis nach Autonomie und Exploration zur Verfügung. (Ebd.: 184)

In der Musiktherapie könnten, im Wissen um die Bindungserfahrungen und Beziehungseinschätzung von KlientInnen, neue, nachnährende und damit

heilsame Interaktions- und Beziehungserfahrungen gesammelt werden (vgl. ebd.: 185f.). Für die vorliegende Thematik sind auch Erkenntnisse interessant, im Zusammenhang derer mit Hilfe der Bindungstheorie und der Altruismusforschung (Tomasello et al. 2009) nachgewiesen werden konnte, dass Kinder, um ihr eigenes Überleben zu sichern, intuitiv dafür sorgen, dass ihre Eltern „funktionieren“. Sie kompensieren durch ihre Beziehungsgestaltung und ihr Verhalten teilweise unerfüllte Bedürfnisse der Eltern. Auch außerhalb einer pathologischen Parentifizierung übernehmen Kinder bereits Verantwortung für ihre Eltern und reagieren unterstützend und helfend auf Diskrepanzen in Rollenverteilungen (vgl. Liechti 2009: 132). Die Altruismusforschung bezeichnet das als „reflexhafte Hilfsbereitschaft“ (Tomasello et al 2009: 968f.). Übertragen auf die Psychotherapie wiederholt sich dieses Muster in der therapeutischen Beziehung, fühlen sich doch PatientInnen in unterschiedlichem Umfang verantwortlich für das Wohlbefinden und das Funktionieren des / der TherapeutIn. Für Jugendliche mit besonderen Bindungserfahrungen ist es auch deshalb wichtig, nicht in eine derartige Parentifizierung zu geraten, weil dieses Verhaltensmuster wiederum von den eigenen Bedürfnissen nach Halt, „Kind-Sein“, Abgrenzung, und anderen weg führt. Die Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und (selbst-)verantwortliche Erfüllung oder zumindest Annäherung an diese, ist jedoch in nahezu jeder Therapie das zentrale Ziel, weswegen signalisiert werden sollte, dass der / die PatientIn keine Verantwortung für den / die TherapeutIn übernehmen muss, sondern ‚nur‘ für sich selbst.

Die Musiktherapie bedient sich, neben der gerade erwähnten Bindungsforschung, auch der Erkenntnisse der Säuglingsforschung nach Stern (1992), um Entwicklungsprozesse und Beziehungsverhalten einschätzen zu können und Interventionen hinsichtlich unzureichender oder fehlender Entwicklungsschritte, insbesondere durch Diskrepanzen in Beziehungserfahrungen, adäquat einsetzen zu können. Die Beschreibungen Sterns dienten dabei der Entwicklung des EBQ-Instruments (Einschätzung der Beziehungsqualität) von Schumacher und Calvet-Kruppa (2011), das anhand von sieben Kontaktmodi die Beziehungsqualitäten und die psychischen und emotionalen Ebenen von KlientInnen erfassen kann. Obzwar das Instrument ursprünglich für die Arbeit mit autistischen Kindern entwickelt

wurde, kann es in Verbindung mit dem OPD-KJ 2 als musiktherapeutisches Diagnostik- und Therapieinstrument für mannigfaltige Störungen im Kindes- und Jugendalter genutzt werden (vgl. Indikationskatalog für Musiktherapie nach ICD-10 von Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk 2005: 25f., 37f., 67f.). Insbesondere in den Kontaktmodi null bis drei geht die Therapeutin dabei vollkommen auf die Bedürfnisse und das Verhalten der Patientin ein und erwartet keinen Bezug (im Sinne eines Dialogs oder Zusammenspiels) zu sich. Im Rahmen dieser Arbeit kann nicht weiter darauf eingegangen werden, die hohe Bedeutung für die Reflexion, Diagnose, Indikation und Interventionen von und in musiktherapeutischen Prozessen soll jedoch erwähnt sein.

Hinsichtlich des Beziehungsaufbaus mit Musik sei noch auf die Intermediärfunktion (intermediär aus dem Lat. für 'dazwischen liegend', 'vermittelnd') der Musik hingewiesen. Frohne-Hagemann et al. (2005) behaupten für Kinder und Jugendliche, die zu wenig basale und sensorische Stimulierung und emotionale Resonanz erlebt haben, dass „Beziehung [...] womöglich nur über die Intermediärfunktion der Musik oder der Musikinstrumente ertragen werden [kann], wodurch Interattentionalität (gemeinsames Interesse an etwas Drittem) möglich wird.“ (Ebd.: 37) Auch für Menschen mit traumatischen Erfahrungen ermöglicht die Intermediarität Zeit und Raum für das Nachholen und Erleben von „zwischenmenschlichen Beziehungsqualitäten wie Interaffektivität“ (ebd.: 37), d. h. gemeinsames Erleben von Gefühlen und Affekten.

Analog zu den Ausführungen im Kapitel über die zeitlichen Umsetzungsdimensionen von Niederschwelligkeit (→ 2.1.1.), in der die Aufhebung bzw. die Reduktion von Zeitdruck thematisiert wird ist das essentiell, denn: „Beziehung muss ganz langsam wachsen dürfen.“ (Ebd.: 37) Das trifft insbesondere auf Menschen mit schweren Bindungsstörungen zu, für die das Herstellen eines Arbeitsbündnisses und tragfähigen Vertrauens viel Zeit beansprucht. Lutz Hochreutener (2009) schreibt der Musik wegen der Intermediärfunktion darüber hinaus das Potential zu, Intersubjektivität³ hin-

³ Intersubjektivität ist die Fähigkeit des Säuglings, sich als Subjekt seines Handelns gegenüber der Umwelt und sich selbst zu erleben. Bestandteile von Intersubjektivität sind die Interattentionalität, d. h. die gemeinsame Aufmerksamkeit auf ein Objekt oder eine Handlung zu richten, Interintentionali-

sichtlich unterschiedlicher Bedürfnisse in der Entwicklung zu gestalten und erleben zu lassen: „Als Medium, welches nonverbale, präverbale und extraverbale Ebenen auszudrücken vermag, kann [...] [Musik] für die verschiedensten Entwicklungsstufen der Kommunikation eingesetzt werden“ (ebd.: 43). Gleichsam kann die Selbst- und Fremdwahrnehmung durch die Musik als „Übergangsobjekt [...] [, das] die Grenze zwischen innen und außen, Ich und Nicht-Ich überschreiten kann“ (Oberegelsbacher 2008: 237), neu reflektiert werden, ohne die KlientInnen verbal zu konfrontieren und ihnen eine (bedrohliche oder aufdringliche) Reflexion abzuverlangen, die das Risiko einer Abwendung von der Therapie mit sich bringen würde (vgl. dazu auch Frohne-Hagemann et al. 2005: 100).

Die Mannigfaltigkeit der Beziehungsdimension spiegelt sich auch bei Petersen (2009) wider, der beschreibt, dass zur Dimension der Beziehung alle Rahmenelemente wie die Therapiefinanzierung, Dauer der Sitzungen und der gesamten Therapie, die Gestaltung des Raumes, die Methodik, das therapeutische Bündnis (Ziele und Grenzen), bewusste verbale und musikalische Kommunikation sowie die „Zuverlässigkeit der haltenden Kraft“ und die „Toleranz des Therapeuten“ (ebd.: 105) gehören.

3.3. Funktionen von Musik und Musiktherapie

In diesem Abschnitt wird ein Teil der sehr umfangreichen Funktionen von Musik, der Musiktherapie und der Musikinstrumente erläutert. Ausführliche Darstellungen für die Arbeit mit Jugendlichen finden sich u. a. bei Lutz Hochreutener (2009: 35-44) und Frohne-Hagemann et al. (2005: 95-102).

3.3.1. Identitätsentwicklung, Sozialisation und Soziokultur

Bei einer Untersuchung zum Medienumgang von Jugendlichen (JIM-Studie 2015) wurde Musikhören als regelmäßige Freizeitbeschäftigung mit 47 Prozent im oberen Drittel angegeben. Der subjektiven Wichtigkeit des Musikhörens kommt, neben der Internet- und Handynutzung (90 und 86 Prozent), mit 87 Prozent eine hohe Bedeutung für Jugendliche zu (vgl. ebd.: 14). Damit einhergehend ist auf die besondere Bedeutung der Musik

tät, d. h. ein reziprokes Verständnis für Absichten und Motive zu entwickeln und Interaktivität, d. h. das Teilen bzw. gemeinsame Erleben von Affekten und Gefühlen (vgl. Stern 1992; tabellarische Übersicht bei Lutz Hochreutener 2009: 52f.).

mit ihrer sozialisatorischen und identitätsbildenden Funktion für Jugendliche hinzuweisen. Münch (2002) beschreibt aus einer musiksoziologischen Perspektive die „musikalische Selbstsozialisation“ (ebd.: 76). Dabei wird Musik neben Unterhaltungszwecken dafür verwendet, sich in eine gewünschte Stimmung zu versetzen („Mood Managing“, ebd.: 73), über den eigenen Lebensstil zu informieren, den sozialen Kontext mit FreundInnen zu gestalten und Zeichen der Autonomie sowie der politischen Orientierung zu setzen (vgl. ebd.: 73f.). Glomb (2012) ergänzt in Anlehnung an Münch darüber hinaus Entwicklungszusammenhänge von Musikrezeption, die die Orientierung hinsichtlich der Zukunft, des Berufes und in Partnerschaften sowie die physische Entwicklung von Jugendlichen betreffen (vgl. ebd.: 15).

Dahingehend kann Musik in der Musiktherapie als Intermediärraum genutzt werden, der als „Übergangsobjekt“ eine „symbolische Heimat“ (Lutz Hochreutener 2009: 44, 56; s. auch oben) darstellt. Jede Entwicklung des Jugendlichen, auch die Entwicklung einer psychischen Störung, ist im Kontext der Identitätsbildung zu begreifen. Von Moreau (1999) betont die Ankerfunktion von musikalischen Improvisationen, die durch die Beziehungsdichte in der Improvisation ein Experimentieren mit verschiedenen Interaktionsmustern darstellen und die Identitätsfindung von Jugendlichen unterstützen kann (vgl. ebd.: 25). Auch Decker-Voigt (2008a) postuliert:

Insgesamt dürfte es in keiner Altersspanne so wichtig sein wie in der Pubertät, das „innere Kind“ und den „gewünschten Erwachsenen“ extra-verbal hörbar werden zu lassen – durch Improvisation oder Tonträgermusik – und die pubertäre Spannung zwischen beiden damit zu dezentrieren. (Ebd.: 224; Hervorh. im Original)

Laut dem Autor liegen die Ursachen von Störungen und Verhaltensauffälligkeiten hauptsächlich in Problemen der Identitätsfindung, die intrapsychisch, d. h. als Disponierung in der Kindheit oder durch das soziale Umfeld begründbar sind (vgl. ebd.: 210). Die Musik erfüllt in diesem Zusammenhang identitätsbildende und -stützende Funktionen, unter anderem durch die folgenden Aspekte (vgl. ebd.: 208f.):

- Abgrenzung gegenüber den bisherigen Abhängigkeiten in der Familie (Counterdependenz)

- Zugehörigkeit zu einer Peergroup und neuen Freundeskreisen
- „Containing-Funktion“ (Decker-Voigt 2008a: 208). Das meint, Musik bietet durch den struktur- und sicherheitsgebenden Rhythmus einen „sichere[n] Herzschlag in unsicherer Zeit“ (ebd.: 208)
- Selbsterweiterung aufgrund einer „Phantasie auslösende[n] und [...] fördernde[n] Funktion“ (ebd.: 208) von Musik, die ein Probehandeln ermöglicht und sowohl neue Reize wie auch Entlastung bietet
- Provokation durch eine „Macht- und Vereinnahmungsfunktion“ (ebd.: 208f.).

3.3.2. Nonverbaler Zugang zur jugendlichen Lebenswelt

Darüber hinaus kann die Musiktherapie durch das „Iso-Prinzip“ (Benenzon 1983: 38) dazu beitragen, den Anschluss an die Erfahrungswelt der Jugendlichen herzustellen und „einen Zugang zur Welt des Jugendlichen zu finden [...] [, denn sie] hilft, den Klienten dort abzuholen, wo er zu Hause ist.“ (Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk 2005: 34) Durch das Einlassen auf die Musik der Jugendlichen, von Hip Hop über Metal bis R'n'B und Trap u. v. m., wird Interesse signalisiert und darüber hinaus der / die Jugendliche als ExpertIn des Musikstils und der Jugend(sub-)kultur hervorgehoben. Dieser Lebensweltbezug ermöglicht „eine ganz andere Öffnung der Jugendlichen für den Prozess“ (Orlovius 2007: 82). Orlovius sieht darin auch einen Lerneffekt und gewissermaßen eine Rollenumkehr für MusiktherapeutInnen, denn das bedeutet, dass sie sich immer wieder „auf die sehr verschiedene Musik der Jugendlichen einstellen und einlassen müssen. Keine Sorge: Wir werden von ihnen auf den aktuellen musikalischen Stand gebracht und haben so die Möglichkeit, täglich etwas Neues dazuzulernen.“ (Ebd.: 91) Damit wird die klassische (psycho-)therapeutische Asymmetrie von TherapeutIn und PatientIn durch den Einsatz des Mediums Musik als Kommunikations- und Beziehungsbrücke, in den Worten von Oerter (1987: 225) als „gemeinsamer Gegenstandsbezug“ aufgehoben beziehungsweise in gewissem Maße umgekehrt. Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk (2005) betonen dahingehend auch das Potential der Musik hinsichtlich der Behandlungsmotivation:

Sie ist für viele Kinder und Jugendliche ein positiv besetztes Medium, das ihnen einen angstfreieren Zugang zu sich selbst ermöglicht. In der Therapie nicht sprechen und sich verbal entblößen müssen, sondern gemeinsam Musik machen zu dürfen, stellt eine besondere Motivation dar. (Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk 2005: 34)

3.3.3. Ressourcen, Reflexion, Realitätswechsel und Ritual

„Musik ist in der Regel ein positiv besetztes Medium, da sie im Alltag oft als Halt gebende Ressource [...] erlebt wird. Dies macht Musiktherapie sowohl für Kinder als auch ihre Eltern zu einem niederschweligen Angebot.“ (Lutz Hochreutener 2009: 286)

Gleichzeitig gestatte die Musik und das Musikspiel eine Spiegelung des Seins und Handelns und mache dadurch die Betrachtung aus einer gewissen Distanz und erste Erkenntnis- und Selbstreflexionsprozesse möglich (vgl. ebd.: 36). Diese Distanz spielt insofern für die Thematik der Niederschwelligkeit eine Rolle, als sie nicht die verbale Mitteilungspflicht in Bezug auf Störungen und Probleme voraussetzt, sondern interne Entwicklungsprozesse fördert und eine indirekte aber auch unmittelbare Auseinandersetzung damit initiiert. Identitäts- und Rollenkonflikte im Jugendalter implizieren meist auch eine ungenaue und unsichere Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse. Die Musiktherapie nutzt hierbei die durch Musik initiierten Reflexionsprozesse. Sie kann, im Sinne niederschweligen Arbeitens, die Hürde der verbalen Sprache, von der insbesondere im Jugendalter eine Überforderung ausgeht, umgehen und in musikalisch-kreative Gestaltung „übersetzen“. Eine vorläufige Distanzierung beziehungsweise das hinten Anstellen von Schwierigkeiten, Störungen und Krankheitsbildern kann mit drei Wesensmerkmalen erklärt werden, die die Funktionen und Effekte des (Musik-)Spiels charakterisieren:

- **Zweckfreiheit:** Das Musikspiel schafft intrinsische Motivation, sofern Leistungserwartungen aufgehoben werden. Freude am Spiel und am Experimentieren, Neugierde und eine direkte Resonanz durch die klingende Musik lassen Schwierigkeiten in den Hintergrund treten und eine leistungsfreie Atmosphäre entstehen, welche die Erfordernis für einen therapeutischen Prozess darstellt (vgl. Lutz Hochreutener 2009: 29f.).

- **Wechsel des Realitätsbezugs:** Durch das Probehandeln mittels des Musikspiels können andere Realitäten, Handlungs- und Verhaltensweisen ausprobiert, entwickelt und eingeübt werden, die Alternativen zu den bisherigen (Lebens-)Erfahrungen darstellen. Jugendliche mit Störungen oder Schädigungen, die frühkindlich, milieu-, oder hirnorganisch bedingt sind, sehen sich vermehrt Gefühlen von Defiziten und Diskrepanzen im Verhalten und der Beziehungsgestaltung ausgesetzt als junge Menschen mit normalen Entwicklungsverläufen. Neue oder andere Erfahrungen können den Gefühlen von Ohnmacht und Unzulänglichkeit entgegen wirken (vgl. Lutz Hochreutener 2009: 31f.).
- **Wiederholung und Ritual:** Rhythmus als Wiederholung von „beats per minute“ ermöglicht eine Strukturierung der Zeit. Zusammen mit der Intensivierung von repetitiven Melodiemotiven schafft das eine Parallele der Musik zum menschlichen Sein und Handeln sowie der Natur, geprägt von sich wiederholenden Prozessen und Phänomenen (vgl. Frohne-Hagemann 2009: 416f.). Die Musik bietet dadurch Halt und Struktur und lässt somit die Basis für Variationen und Experimente entstehen. Zu einem Ritual werden Wiederholungen dann, „wenn ein Motiv oder eine Musik-Spielform durch zunächst zufällige Wiederholung zu einer verbindlichen Gestalt findet und in bestimmten Konstellationen bewusst wieder eingesetzt wird.“ (Ebd.: 34) Die Schaffung von Ritualen ist insbesondere in unserer schnelllebigen, dynamischen und anforderungsvollen Leistungsgesellschaft wichtig, um Jugendlichen Entwicklungsprozesse zuzugestehen, zu fördern und nachzuholen. Auch Baer und Frick-Baer (2009) betonen anhand praktischer Beispiele aus ihrer Arbeit mit diversen KlientInnengruppen die Wichtigkeit von Ritualen: „Je unsicherer Menschen sind, je verwirrter, je krisenhafter sie sich und die Welt erleben, desto notwendiger sind Rituale, um Halt und Sicherheit zu geben.“ (Ebd.: 89)

3.4. Niederschwellige musiktherapeutische Interventionen

3.4.1. Drei musiktherapeutische Modalitäten

Musiktherapeutisches Vorgehen kann grundsätzlich in drei Modalitäten eingeteilt werden, die sich im Therapieprozess überschneiden und fließend ineinander übergehen (vgl. Frohne-Hagemann 2001: 66ff. und 85ff.; Lutz Hochreutener 2009: 119ff.):

Eine Modalität besteht in der übungszentrierten Herangehensweise an den therapeutischen Prozess. Ziel ist das Üben und Stabilisieren von Fähigkeiten. Mit pädagogisch und verhaltenstherapeutisch geprägten und teils funktionalisierten Spielformen und Übungen, die u. a. auf die Förderung des Kommunikations- und Sozialverhaltens, die Körperwahrnehmung und die Orientierungsfähigkeit abzielen, werden die Verhaltensmuster modifiziert, stabilisiert oder erweitert.

Eine weitere Modalität ist die Erlebniszentriertheit musiktherapeutischer Inhalte. Ziel ist die Erweiterung des Erlebnishorizontes durch ein prozessorientiertes Vorgehen. Im Vordergrund stehen Wahrnehmung und Erleben sowohl von intrapsychischen als auch im Kontakt mit dem Gegenüber entstehende Seinserfahrungen und die Entdeckung der eigenen Kreativität. „Atmosphären, Gefühle und Beziehungen werden hör-, fühl- und sichtbar, neue Verhaltensweisen werden erforscht, variiert und integriert.“ (Lutz Hochreutener 2009: 120)

Außerdem kann konfliktzentriert vorgegangen werden, indem die Bearbeitung von intrapsychischen und interpersonellen Konflikten fokussiert wird. Durch ein prozessorientiertes und nondirektives Vorgehen werden Konflikte, die sich im Musikspiel, in der Beziehung zur / zum TherapeutIn oder in der Gruppe zeigen oder vom Jugendlichen verbal eingebracht wurden, der Bearbeitung zugänglich gemacht.

Betrachtet man nun diese drei Differenzierungen, so lässt sich im Hinblick auf Niederschwelligkeit vermuten, dass die erlebnis- und übungszentrierten Modalitäten eher indiziert sind. Die Betonung der Entwicklung und Förderung von Kompetenzen sowie der Wahrnehmung des Selbst und der Umwelt erscheint insbesondere bei Therapiebeginn weniger bedrohlich

und ermöglicht so einen erleichterten Zugang zur Inanspruchnahme der Therapie. Im Sinne des angestrebten Übergangs von niederschwelligen zu hochschwelligen Angeboten können beide Modalitäten Vertrauen und Beziehung aufbauen, Therapiemotivation herstellen oder erhöhen und einen sicheren Rahmen dafür schaffen, im fortschreitenden Prozess durch ein konfliktzentriertes Vorgehen Störungen näher betrachten und bearbeiten zu können. Die Musik übernimmt dabei die Funktion der Herstellung einer „Beziehungsbrücke [...], wenn insbesondere Jugendliche ihre Probleme nicht direkt mitteilen können oder wollen.“ (Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk 2005: 34)

3.4.2. Zwölf niedrigschwellige Wege in der Musiktherapie

Ein Kapitel mit der Überschrift „Die Kunst des Niedrigschwelligen“ von Baer und Frick-Baer (2009) behandelt explizit unter dem Aspekt der Niederschwelligkeit musiktherapeutische Interventionen, die als „zwölf Wege zum Tönen und Musizieren“ (ebd.: 74f.) zusammen gefasst sind. Vorangestellt sei bezüglich der Vorgehensweisen, dass diese nicht generalisiert eingesetzt werden können, sondern immer von einer individuellen Betrachtung des / der Jugendlichen und seiner / ihrer Lebenssituation, der jeweiligen Alters- und Entwicklungsphase, den „Neigungen und Abneigungen“ (ebd.: 110) sowie den Möglichkeiten und Unmöglichkeiten im therapeutischen Prozess abhängig sind. Baer und Frick-Baer relativieren dabei den Begriff Niederschwelligkeit indem sie schreiben: „Hier geht es nicht so sehr darum, ob die Schwelle zum Musizieren hoch oder niedrig liegt, sondern es ist eher wichtig, dass sie angemessen ist.“ (Ebd.: 110) Deshalb müsse sowohl von TherapeutInnen- wie von KlientInnen-Seite durch praktische Versuche (und Fehlversuche), die „ein[en] notwendige[n] Bestandteil des therapeutischen Annäherungsprozesses und der therapeutischen Kunst“ (ebd.: 74) darstellen, durch Experimentieren und das Sammeln von Erfahrungen eruiert werden, welcher Weg schließlich eingeschlagen wird. Diese zwölf Wege, die zielgruppenübergreifend formuliert sind, dienen im Folgenden als Grundgerüst zur Darstellung niederschwelliger Interventionen. Sie sollen durch Vorgehensweisen, die von MusiktherapeutInnen in der spezifischen Arbeit mit Jugendlichen beschrieben sind, ergänzt werden.

1. Die Einladung Instrumente spielerisch auszuprobieren kann als „Probier- und Sucheinstieg“ (ebd.: 75) dienen. Hilfreich ist dabei der Aufforderungs- bzw. Appellcharakter der Instrumente (vgl. ebd.: 75; Lutz Hochreutener 2009: 66f.; Decker-Voigt 2008: 47f.; Höhmann 2009: 42f.). Das Hantieren mit Musikinstrumenten kann niederschwellig für den Zugang zur Therapie genutzt und im laufenden therapeutischen Prozess bei Blockaden, Suchphasen und als (Neu-) Orientierung eingesetzt werden. Dieser Zugang stellt eine „wichtige Vorstufe des musikalischen Ausdrucks [dar], der Vertrautheit mit dem musiktherapeutischen Spielmaterial aufbaut, Hemmschwellen auflöst und schöpferische Prozesse durch symbolische Besetzungen oder Umdeutungen ermöglicht“ (Lutz Hochreutener 2009: 266). Neben dem natürlichen Interesse am Aufbau und der Funktionsweise von Musikinstrumenten kann das Erforschen, Pflegen, Stimmen und Ordnen der Instrumente auch trotz der inneren und äußeren Widerstände eingesetzt werden, wenn zum Beispiel Angst vor Überschwemmung oder zu viel Nähe durch die Musik besteht oder sich der / die Jugendliche das Musikspielen (noch) nicht zutraut (vgl. ebd.: 266). Die Auseinandersetzung und das Experimentieren mit den Instrumenten, ohne das Ziel oder die Notwendigkeit ein musikalisches Produkt hervorzubringen, mindert die Leistungserwartung, fördert die Wahrnehmung und ermöglicht gleichzeitig die Übertragung von psychischen auf körperliche Prozesse.

2. TherapeutInnen können KlientInnen Vorschläge bzw. Vorgaben der Instrumentenwahl oder Spieltechniken geben, wenn diese von der freien Instrumentenwahl (noch) überfordert sind oder aufgrund einer Krise oder psychischen Erkrankung ihre „KlientInnenkompetenz [...] nicht spontan und originär artikulieren“ (Baer & Frick-Baer 2009: 76) können. Diese Vorschläge oder Vorgaben müssen dabei im Sinne einer offenen Haltung vermittelt werden, die modifizierbare Anregungen darstellen.

3. Anregungen wie beispielsweise das Improvisieren mit wenigen Tönen oder das Benutzen ausschließlich der schwarzen Tasten auf dem Klavier („schwarze Pentatonik“: Timmermann 2008a: 65) werden von Baer und Frick-Baer (2009) als „*musikalische Einschränkungen*“ (ebd.: 77; Hervorh. im Original) bezeichnet. Für KlientInnen, bei denen große Hemmungen

oder Unsicherheiten bestehen, seien unkonventionelle Vorgaben (wie zum Beispiel nur mit dem Ellbogen, den Fingernägeln oder der linken Hand auf einem Instrument zu spielen) und der Einsatz exotischer Instrumente als niederschwelliger Weg indiziert (vgl. Baer & Frick-Baer 2009: 77). Lutz Hochreutener beschreibt diesen Punkt als Vorgehensweise mit musikorientierten Spielregeln, die einen leichteren Zugang zum Musizieren ermöglicht. Anders als beziehungs- oder themenorientierte Spielregeln müssen die Symbolebenen bei musikorientierten Regeln zwischen der Beziehungsgestaltung und bildhaften Inhalten und der Musik nicht gewechselt und übertragen werden, weil die Vereinbarungen der Regeln lediglich die Musik und ihre Komponenten Rhythmus, Klang, Melodie, Dynamik und Form (s. auch Hegi 1998: 61f.) betreffen. Dennoch können damit, obwohl „nur“ Musik angesprochen ist, sowohl intra- und interpsychische als auch unbewusste Prozesse angeregt werden und mit spontanem Wahrnehmen und Erleben in Verbindung gebracht werden (vgl. Lutz Hochreutener 2009: 171). In der Praxis gehen diese drei Kategorien der Spielregeln (bezogen auf Musik, Themen oder Beziehung) in der Improvisation ineinander über und können kombiniert in einer Intervention auftauchen. Für Jugendliche mit hohem Widerstand und der Abwehr von beziehungsorientierten und / oder auf spezifische Themen fokussierten Angeboten kann es jedoch einfacher und unverfänglicher sein, auf musikalischer Ebene in Kontakt mit sich und der Umwelt zu treten, da dies weniger Angst macht und Schutz bietet: „Durch musikorientierte Spielregeln eröffnet sich [...] ein symbolischer Raum für spielerisches Probehandeln, ohne dass atmosphärisch der Ernst und die Schwere von schwierigen Themen im Zentrum stehen.“ (Ebd.: 171) Für KlientInnen, für die Dialoge überfordernd oder bedrohlich wirken, schlagen Baer & Frick-Baer „Minimale Dialoge“ bzw. „Mini-Dialoge“ (ebd.: 87) als niederschwellige Angebote vor. Dabei wird vorgegeben mit wenigen Tönen zu musizieren, was Sicherheit und Halt gibt und „dadurch [...] Erfahrungen [zulässt], die sonst zu sehr ängstigen würden.“ (Ebd.: 86)

4. „Vom Ton zum Tönen und Musizieren“, heißt der niederschwellige Weg, bei dem Baer et al. konstruktive, praktische Erfahrungen mit der Doppeldeutigkeit von Ton als Klang und als Material beschreiben. Damit würden die Hemmungen vieler KlientInnen „überrumpelt“ (vgl. Baer & Frick-Baer

2009: 77f.). Durch ein verbales Erzählen mit gleichzeitigem Kneten und Formen von Ton und einer nachfolgenden (musikalischen) Vertonung sei ein Perspektivwechsel möglich. Das entstandene Tongebilde habe „fast immer [...] einen Bezug zu dem, was die KlientInnen innerlich bewegt.“ (Ebd.: 78)

5. Der „Weg vom Bild zum Tönen“ bietet sich an, wenn bei Imaginationen oder Bildern, die bei KlientInnen vor oder in der Musiktherapie entstanden sind, der Schritt zur Vertonung nicht unmittelbar gelingt. Dann bedürfe es „eines niedrigschwelligeren Einstiegs oder einer Brücke vom inneren Bild zur Musik“ (ebd.: 78). Helfen kann dabei, das innere Bild durch Zeichnungen gestalterisch festzuhalten, als Zwischenschritt einzelne Elemente des Bildes (Farbe, Gegenstand, Person, etc.) zu vertonen oder als Einstieg für eine Improvisation zu verwenden. Eine weitere Möglichkeit, von Baer und Frick-Baer als zusätzlich erleichternd beschrieben, besteht in der Bereitstellung von Notenpapier zum (Be-)Malen, denn „fast allen KlientInnen fällt es leichter sie zu vertonen, als wenn sie ihr Bild auf einem weißen Papier gemalt hätten.“ (Ebd.: 79)

6. Rezeptive Musiktherapie: Bei den rezeptiven Vorgehensweisen hören die PatientInnen von TherapeutInnen oder vom Tonträger gespielter Musik zu, wodurch Gefühle, Assoziationen, Gedanken etc. entstehen. Das „Für-Spiel“ (Timmermann 2004: 81) ist eine rezeptive Methode, bei der sich der / die TherapeutIn mit der Instrumentenwahl und der Spielart und -weise in die Befindlichkeit des / der PatientIn einfühlt und sich von atmosphärischen wie auch (non-)verbalen Reaktionen des / der PatientIn leiten lässt. Das Für-Spiel kann u. a. dann zur Anwendung kommen, wenn sich Jugendliche „aufgrund psychischer Blockierungen musikalisch verweiger[n]“ (Lutz Hochreutener 2009: 172). Darüber hinaus kann das Für-Spiel als Einstieg für Improvisationen, die Arbeit mit Liedern, bildnerisches Gestalten und zur Entspannung und Einstimmung verwendet werden (vgl. ebd.: 153, 156, 172f., 203, 238). Zentral ist bei den zuletzt genannten AutorInnen dabei die (nach-)nährende Erfahrung für KlientInnen durch das Für-Spiel. Auch das „Vor-Spiel“ als eine pädagogisch anmutende, jedoch den therapeutischen Effekt in den Vordergrund stellende Inter-

vention kann „im Sinn von Vorausgehen und Vorbild sein“ (Lutz Hochreutener 2009: 173) genutzt werden, um durch den anregenden und motivierenden Charakter Unsicherheiten, Ängste und Blockaden zu reduzieren (vgl. ebd.: 173). Eine andere rezeptive Möglichkeit, die insbesondere für die Arbeit mit Jugendlichen indiziert erscheint, ist das gemeinsame Anhören von eingebrachter Musik der Jugendlichen (vgl. u. a. Glomb 2012) insbesondere auch über Internet-, Musik- und Videoplattformen wie Youtube, Spotify, Vimeo und Ähnliche. Entsprechend der Darlegungen zum Beziehungsaufbau (→ 3.2.) und der Lebensweltnähe der Musik (→ 3.3.1.) kann „der wertschätzende und interessierte Einbezug der jeweiligen, vom Jugendlichen bevorzugten Musik [...] die Voraussetzung [bilden], um mit ihm in Kontakt zu kommen und eine therapeutische Beziehung aufbauen zu können.“ (Lutz Hochreutener 2009: 44) Baer und Frick-Baer beschreiben die Möglichkeit, ein Musikstück anzuhören und hinterher mit eigener Musik darauf zu antworten. Dieser Weg sei eine „Einstimmung ins Hören“ und beinhalte die Anregung „schon während des Hörens innerlich mitzumusizieren“ (ebd.: 79). Eine Variante besteht darin, schon beim Anhören mitzusingen, mit den Füßen zu wippen, zu schnipsen, zu pfeifen, oder Instrumente dazu auszuprobieren. Dieser Weg biete „eine Art Schutzhülle [...], innerhalb derer sie [d. h. die PatientInnen; Anm. d. Verf.] eigene Klänge wagen können.“ (Ebd.: 80) Musikhören muss jedoch nicht gleich instrumentalisiert werden. Das gemeinsame Hören stellt aus analytischer Sicht eine Externalisierung seitens des / der Patienten /-in vor einem festgelegten Rahmen (zum Beispiel dem Computer) dar, der eine Triangulierung der emotionalen Inhalte mit dem / der Therapeuten/-in und Verarbeitungsprozesse durch das gemeinsame Teilen ermöglicht (vgl. Walter 2015: 313f.). Im Bezug auf den Beziehungsaufbau (→ 3.2.) ließe sich das Musikhören als Interattentionalität, -intentionalität und meist auch -affektivität beschreiben. Rezeptive Vorgehensweisen als niederschwelliger Zugang zu Musiktherapie werden auch bei Bauer & Ito (2014: 492) vorgeschlagen. Sie bewerten die Musikrezeption ebenfalls als strukturierte bzw. strukturierende Intervention, die keine hohen Anforderungen an KlientInnen stellt.

7. Beschreibt einen vereinfachten Zugang zum Singen über das Atmen und Summen (vgl. Baer und Frick-Baer 2009: 81; s. auch ebd.: 24f.).

8. Die Nutzung des Spielens bzw. Spielcharakters in der Musiktherapie ist laut Baer & Frick-Baer weniger für Jugendliche geeignet, da diese „eher großen Wert darauf legen, nicht ‚kindisch‘ zu sein“ (ebd.: 81; Hervorh. im Original). Andere AutorInnen (Lutz Hochreutener 2009: 44ff.; Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk 2005: 93f.) beschreiben jedoch, dass die Spielebene für Jugendliche durch das Instrumentalspiel dennoch abgedeckt werden kann, wenn die Vermittlung von Leichtigkeit (auch bei der Vermittlung von Basisspieltechniken der Instrumente), die Auflösung der Leistungserwartung und der Expertenrolle des / der TherapeutIn und die Einladung zum Experimentieren und Explorieren als Bestandteile der Interventionen dienen. So impliziert das von Schmölz (1988; vgl. Lutz Hochreutener 2009: 174) formulierte „Partnerspiel“ als eine Improvisationsform eine „non-hierarchische, partnerschaftliche Beziehungserfahrung“ (ebd.: 174), die eine Aufweichung der Asymmetrie zwischen TherapeutIn und KlientIn in sich trägt. Lutz Hochreutener sieht in Improvisationen im Sinne eines „lustvollen, zweckfreien Spiels“ (ebd.: 163f.) ein niederschwelliges Angebot, das aufgrund des Appellspektrums der Instrumente und der „genuine[n] Affinität [...] zum Experimentieren und Gestalten“ (ebd.: 164) sowohl von Kindern als auch bei entsprechendem Instrumentarium ebenso von Jugendlichen gerne angenommen und akzeptiert wird. Wie bereits erwähnt (→ 3.3.3.) kommt auch hier eine ressourcenorientierte Sichtweise zum Tragen, die als Basis einer weiterführenden, konfliktzentrierten Therapie dienen kann:

Dieses schöpferische, lustvolle, an den Moment hingeebene Tun wird oft unterschätzt, weil es mit seinem zweckfreien Wesen auf den ersten Blick therapeutisch wenig produktiv scheint und weder der direkten Verarbeitung von seelischen Verletzungen noch anstehenden Verhaltensmodifikationen dient. [...] Diese Erlaubnis [...] trägt in sich ein hohes psychohygienisches Potential: Das Kind [und der / die Jugendliche; Anm. d. Verf.] findet zur Ruhe und kann auftanken. (Ebd.: 164)

9. „Lass die Puppen musizieren“ (Baer & Frick-Baer 2009: 82) heißt die Vorgehensweise, in der Handpuppen und Figuren durch ihren Aufforderungscharakter spielerisch zum Lautieren und Tönen verwendet werden. Dieser Weg eignet sich aufgrund des kindlich-spielerischen Charakters (wie unter 8.) je nach den individuellen Bedürfnissen für Jugendliche.

10. Die Arbeit mit Alltagsgegenständen wird von Baer & Frick-Baer als sehr niedrigschwellig bezeichnet, weil einerseits „nur‘ Alltagsgegenstände“, und keine „geheiligten‘ Musikinstrumente“ (ebd.: 83) verwendet werden und andererseits viele Menschen als Kinder auf diese Art einen Zugang zum Musizieren hatten, womit ein Anknüpfen an Erinnerungen und Vertrautes gegeben ist (vgl. ebd.: 83). Der „Cup-Song“ („Becher-Song“ → Youtube) ist ein Beispiel für die Verwendung von Alltagsgegenständen in der Musiktherapie, das von Jugendlichen gerne angenommen wird.

11. Aufgreifen von Körperempfindungen, Gefühlen, Einfällen, Leibbewegungen, Atmosphären, Situationen und der Sprache der KlientInnen, die als Anregung für Verbindungen und Assoziationen zu instrumentalen oder stimmlichen Klängen dienen (vgl. ebd.: 84f.).

12. Der / Die TherapeutIn musiziert stellvertretend für KlientInnen, wenn es für diese (aufgrund von Scham, Angst, Resignation etc.) keine Möglichkeit zum Musizieren und Tönen gibt (vgl. ebd.: 85). Obwohl dieser Weg große Ähnlichkeiten zu der unter Punkt sechs beschriebenen rezeptiven Musiktherapie aufweist, sei noch die von Baer und Frick-Baer darin liegende Chance erwähnt, dass die KlientInnen früher oder später mitmusizieren, weil sie sich entweder verstanden fühlen „oder aber, weil sie zum Ausdruck bringen möchten, was [...] ihnen eigen ist.“ (Ebd.: 85)

Diese Wege niederschwelliger Zugänge ergänzend, beschreibt Lutz Hochreutener (2009: 90) Interventionen im Zusammenhang mit postmusikalischer Stille als niederschwellig. Sie differenziert in prä-, inter- und postmusikalische Stille und weist bei der postmusikalischen Stille auf die Möglichkeit zur Einordnung des gerade Gespielten oder Erklungenen und damit zur Integration des Erlebten in die Musik hin. Damit werde Raum für Gefühle wie Staunen und Berührtheit aber auch Ärger oder Verunsicherung geschaffen. Die Niederschwelligkeit bestehe darin, dass die Neugierde auf die Exploration der auditiven Wahrnehmung statt einer „verschlingenden Leere“ (ebd.: 90) eine neue Erfahrung und Entdeckung mit Stille auch in Hinsicht auf Abschiedsprozesse bedeuten kann. Darüber hinaus seien Angebote, die postmusikalische Stille beinhalten, im therapeutischen Prozess früher möglich als der Einbezug der anderen Arten von Stille.

3.5. Die Haltung von MusiktherapeutInnen

In diesem Unterkapitel soll kurz auf die Haltung von MusiktherapeutInnen eingegangen werden. Obwohl sich diese Haltungen als „Basisvariablen“ (Lutz Hochreutener 2009: 98) schulenübergreifend in der gesamten psycho- und musiktherapeutischen sowie sozialpädagogischen Literatur wiederfinden, ist die Darlegung insbesondere hinsichtlich des Beziehungsaufbaus und der Auflösung bzw. Aufweichung der ExpertInnenrolle der TherapeutInnen für die Niederschwelligkeit von hoher Relevanz. Grundlage für entwicklungsfördernde Prozesse bildet dabei die „Safe-Place-Atmosphäre“ (Katz-Bernstein 1996: 134ff.), die neben äußeren Rahmenbedingungen auch durch die Haltung des / der Therapeuten /-in geprägt ist (vgl. Lutz Hochreutener 2009: 97). Rogers (2000: 27f.) formulierte im Rahmen der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie drei grundlegende Komponenten, die von allen psychotherapeutischen Methoden und Schulen übernommen wurden: Erstens eine bedingungslose Wertschätzung, zweitens Empathie und drittens Kongruenz, bei der / die TherapeutIn von den KlientInnen als authentisches und transparentes Gegenüber wahrgenommen wird. Lutz Hochreutener (2009) erweitert diese Aspekte noch um „Geduld“ (im Sinne von Zugestehen von Zeit für individuelle Entwicklungsprozesse), „Klarheit und innere Präsenz“ (des / der Therapeuten /-in, um Sicherheit, Orientierung und Halt zu geben) sowie „Flexibilität, Humor und Gelassenheit“ (ebd.: 100). Betont wird bei Baer und Frick-Baer (2009) über die Empathie hinaus die Notwendigkeit des nonhierarchischen Vorgehens, die sie anhand der Individualität und der „KlientInnenkompetenz“ (ebd.: 145f.) herausstellen: „Wir müssen von den KlientInnen lernen, was sie sich zutrauen, worin ihr angemessener und fruchtbarer Weg besteht.“ (Ebd.: 74)

Interessant ist auch eine Untersuchung von Stahr und Stegemann (2014), die die Bedeutung der Erwartungshaltung von MusiktherapeutInnen im therapeutischen Prozess aufzeigen. Übereinstimmend mit der Grundhaltung nach Rogers weisen sie auf die Bedeutung der (Selbst-)Reflexion (durch Supervision, Intervision, Balint-Gruppen, (Fall-)Dokumentation oder interaktionelle Fallarbeit) und auf die Selbstachtsamkeit durch akzeptierendes und selbstfürsorgliches Verhalten von MusiktherapeutInnen hin. Damit

könne erst (wieder) eine absichts- bzw. bedingungslose Haltung erreicht werden, bei der sich TherapeutInnen über ihre impliziten und expliziten Erwartungen bewusst werden und Abstand von unrealistischen Erwartungen nehmen können (vgl. ebd.: 282f.).

3.6. Interferenzen von Musiktherapie, -pädagogik und Sozialer Arbeit mit Musik

Die Schnittstellen zwischen Musiktherapie und Musikpädagogik liegen in gemeinsamen Wurzeln (neben den Ursprüngen in traditionellen Heilriten früher Kulturen v. a. in denen der „Reformbewegung“ des 20. Jhd.; vgl. Timmermann 2008b: 132f.) und der Verwendung des gleichen Mediums, jedoch verbunden mit unterschiedlichen Zielen, Zielgruppen, Erwartungen, Ansprüchen und Vorgehensweisen. Viele AutorInnen haben sich bereits damit auseinandergesetzt (vgl. Decker-Voigt 1983, Reiner & Schafft 2003, Kok 2005, Timmermann 2008b, Peters 2009, Mastnak 2009 u. a.) weshalb in diesem Kapitel lediglich einige relevante Aspekte für die Thematik kurz herausgestellt werden.

Grundsätzlich hat Musikpädagogik das Erlernen von Musik und eines Instruments zum Ziel, wohingegen Musiktherapie explizit den Menschen mit seinen Bedürfnissen und Störungen in den Mittelpunkt des Handelns stellt. Während Musik in der Musikpädagogik Selbstzweck ist, ist in der Musiktherapie die Musik der Träger, das Medium mit Hilfe dessen Beziehungen, Verhalten, Ressourcen und Konflikte reinszeniert, reflektiert, probegehandelt und ausprobiert sowie verändert werden können. Kok (2005: 6) schreibt: „Bei der Musikpädagogik ist die Musik, das Musizieren das Ziel. Das Erleben **von** Musik. In der Musiktherapie ist die Musik / das Musizieren das Mittel. Das Erleben **durch** Musik“ (Hervorh. im Original). Die Soziale Arbeit mit Musik bedient sich beider Disziplinen, jedoch mit einem der Musiktherapie deutlich näher stehendem Begriffsverständnis von Musik und Musikalität (vgl. Hartogh & Wickel 2004: 45f.). Sie kombiniert musikalisch-kreative Ansätze und (kultur-)ästhetische Arbeitsweisen in der Arbeit mit verschiedensten Zielgruppen unter sozialpädagogischen Ziel- und Interventionsstellungen (vgl. Finkel 1979, Jäger & Kuckhermann 2004, Hartogh & Wickel 2004, Hill & Josties 2007 u. a.).

Eine besondere, auch für die vorliegende Thematik relevante Schnittstelle zwischen Musiktherapie und Musikpädagogik findet sich mit Musiktherapie an Musikschulen, die dort „deshalb so effektiv [ist], weil die therapeutische Maßnahme zu dem Zeitpunkt greift, wo sie benötigt wird.“ (Kok 2005: 7) Als „eigenständige therapeutische Fachrichtung“ (Peters 2009: 322) steht dabei besonders die Prävention, Früherkennung und rechtzeitige Überweisung an psychiatrische oder psychosomatische Institutionen im Vordergrund (vgl. ebd.: 323). Des Weiteren wird der Beziehungsaufbau, das Erleben positiver Beziehungserfahrungen und die Ressourcenstärkung genannt sowie gegebenenfalls ein Hinführen in ein konventionelles musikpädagogisches Setting für Kinder und Jugendliche angestrebt (vgl. ebd. 324; s. auch Kok 2005: 7; VdM: o. J., Kapteina et al. 2004: 419f.). Außerdem ist der Ort der Musikschule - mitunter durch seinen öffentlichen Erziehungs- und Bildungscharakter - im Vorteil gegenüber konventionellen klinischen oder psychotherapeutischen Institutionen, weil damit der Stigmatisierung und Marginalisierung entgegen gewirkt werden kann: „Ein niedrigschwelliges Angebot ermöglicht auch Kindern/Jugendlichen therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, deren Eltern diesen Schritt u. U. gescheut hätten.“ (Peters 2009: 323) Neben Peters betonen auch Reiner & Schafft (2003) und Kok (2005: 7) die Angst vor Stigmatisierung und Schwellenängste der Eltern und akzentuieren den Bedarf niederschwelliger Angebote. Der Anschluss an Hilffssysteme, auch an eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik, funktioniert nur über das Einverständnis und darüber hinaus aus systemischer Sicht nur unter dem kooperativen Einbezug der Eltern (vgl. Liechti 2009: 51, 122f., 150). Therapeutische Hilfe über die Musikschule wirkt dabei vermutlich weniger bedrohlich. Der (Zu-)Gang in eine Musikschule fällt wahrscheinlich auch vielen Kindern und Jugendlichen aufgrund von wegfallenden Schamgefühlen (vgl. Liechti 2009: 123) und Stigmatisierungsängsten leichter als das Aufsuchen einer psycho- oder musiktherapeutischen Praxis oder gar einer psychiatrischen Klinik oder Ambulanz, was jedoch an anderer Stelle erforscht werden müsste. Postuliert werden kann jedoch, dass aufgrund der so gestalteten Rahmenbedingungen „Musiktherapeuten Zugang zu einer Klientel [bekommen], die sonst u. U. keinen Weg in therapeutische Hilffssysteme finden würde“ (Pe-

ters 2009: 323), womit im Sinne der Niederschwelligkeit die Herstellung von Adressierbarkeit gefördert und umsetzbar wird. Als Institutionen mit u. a. interkulturellem und integrationsförderndem Auftrag streben Musikschulen neben der Musikvermittlung durch Musikpädagogik und präventiver, klienten- und bedürfniszentrierter Musiktherapie das Entgegenwirken gegen gesellschaftliche Marginalisierungs-, Stigmatisierungs- und Exklusionstendenzen an (vgl. Peters 2009: 324; VdM o. J.). Damit weist das Feld der Musiktherapie in Musikschulen starke Parallelen zur Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit (→ 2.) und der Community Music Therapy (→ 4.) auf.

Ein weiterer relevanter und sich überschneidender Bereich wird von Mastnak (2009) als „Klinische Musikpädagogik“ beschrieben. Diese dient der Förderung der kognitiven und sozial-integrativen Fähigkeiten sowie der Stärkung von Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein durch explizit „musikalischen Kompetenzaufbau“ in einem „Raum, der nichttherapeutisch attribuiert ist und die Annahme gesunder Persönlichkeitsanteile erleichtert.“ (Ebd.: 313)

4. Community Music Therapy

Betrachtet man die Musiktherapie über den Mikrobereich des Einzel- und Gruppensettings in klinischen Feldern hinaus, so eröffnet sich mit der relativ neuen⁴ Disziplin der Community Music Therapy (CMT) eine Arbeitsweise, die viele Parallelen hinsichtlich niederschwelliger Konzepte aufzeigt. Obwohl sich der Forschungsteil dieser Arbeit auf die Befragung von Jugendlichen in der klinischen Musiktherapie beschränkt, sollen in diesem Kapitel Formen, Funktionen und Anwendungen der CMT beschrieben werden. Damit soll der Notwendigkeit des Einbezugs soziokultureller und die Partizipation und das Empowerment fördernder Arbeitsweisen Rechnung getragen werden. Außerdem soll dadurch das Verständnis von Therapie erweitert werden. Das Kapitel wird durch eine Rück- bzw. Zusammenführung mit den Erörterungen zur Niederschwelligkeit abgeschlossen.

⁴ Neu im Sinne der Akzeptanz und Diskussions- und Anwendungsbereitschaft innerhalb der Berufsgruppe der Musiktherapie; s. auch Ansdell 2002: 1; Findeisen 2005; Schwaiblmair 2005.

Hauptanliegen der CMT ist die (Wieder-)Herstellung (*re-creation*) von Gemeinschaft durch das Angebot von Gelegenheiten zur musikalischen Partizipation (vgl. Ansdell 2002: 7). Die CMT sieht das Musik machen immer in einem sozialen und politischen Diskurs und richtet sich an geographisch oder sozial abgrenzbare („*socially defined*“; ebd.: 7) und darüber hinaus marginalisierte Gruppen im Gemeinwesen. Gearbeitet wird sowohl *in*, als auch *mit* einer Community (vgl. Stige 2002a), wobei nicht nur auf Sozialräume oder Gemeinwesen referiert wird, sondern auf alle „lokalen Communities“ (Stige 2002b: 328), in denen KlientInnen (übergangsweise) leben und MusiktherapeutInnen arbeiten, also auch Institutionen wie Psychiatrien und Krankenhäuser (vgl. ebd.: 328).

Ausgehend von einer Auffassung von „Musikalität als einer jedem Menschen immanenten Fähigkeit zur Resonanz [...] erwächst das Verständnis von Mitgefühl als einer musikalischen Fähigkeit und zugleich das Vertrauen, dass in jedem Menschen ein starkes Gesundungspotenzial vorhanden ist, das ihm selbst wie auch der menschlichen Gemeinschaft zugute kommen kann.“ (Simon 2013: 45) Damit wird sowohl der salutogenetische Aspekt, als auch ein Zutrauen in die Selbstbestimmung und -wirksamkeit von PatientInnen betont.

Im Zuge sich verändernder Gesellschaften, die auch einen Umbruch im Verständnis von Gesundheit mit sich bringen, bezieht sich die CMT auf einen erweiterten, sich ebenfalls wandelnden Therapiebegriff, der einen fließenden Übergang von Therapie, Prävention und kreativem Leben integriert. Mit der folgenden Aufzählung sollen charakteristische Grundsätze und Eigenschaften dargelegt werden. Die CMT versteht sich nach Stige et al. (2010 zit. n. Simon 2013: 114f.) als:

- ökologisch, indem sie „Prozesse [...] die Partnerschaften, Netzwerke, Diversität und dynamische Balance einbezieh[t]“
- partizipatorisch im Sinne des Empowerments (zu deutsch Be- bzw. Ermächtigen) indem Respekt, Solidarität, Gleichwertigkeit und Diversität personeller und interpersoneller Werte zugestanden und gefördert werden

- performativ, da „performatives Musizieren [in der Gesundheitsförderung und der Prävention; Anm. d. Verf.] als persönliche und soziale Transformation“ (Simon 2013: 115) gesehen wird. Dadurch wird der Therapiebegriff über den individualisierten und kurativen Sinn hinaus erweitert.
- ressourcenorientiert durch das Eröffnen von Ressourcen, Kooperations- und Netzwerkarbeit und Empowerment
- aktiv-reflexiv in einer Vorgehensweise, die „verbale, soziale und musikalische Prozesse“ (ebd.: 115) in Reflexionen miteinbezieht.

Der performative Aspekt wurde hinsichtlich der Inhalte und Definitionen von CMT vielfältig diskutiert (vgl. Simon 2013: 121), wobei Stige (2004) eine Reduktion der CMT auf einen performanceorientierten Ansatz problematisch sieht. Denn damit kämen ethische Fragestellungen auf, die das „klinische Risiko“ betreffen, „wenn sich Therapeut und Klient auf öffentliche Performances einstellen“ (ebd.: 3, Übers. d. Verf.). Insbesondere bei einer jugendlichen Zielgruppe, bei der die Herstellung von Therapiebündnissen im Vordergrund steht, kann eine Performance wegen hoher Leistungserwartungen eine hohe Schwelle darstellen und zu Ablehnung und Widerstand in der Musiktherapie führen. Deshalb ist m. E. der performative Aspekt als ein „Kann“ und nicht als ein „Muss“ zu betrachten und als solches in die musiktherapeutische Arbeit zu integrieren.

4.1. CMT und Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit

Die Erkenntnisse aus der Literatur der CMT stellen wichtige Parallelen und Perspektiven für die Themenstellung dar und sollen nun genauer dargelegt werden.

Betrachtet man die Entstehung von (unter anderem am Gemeinwesen orientierter) niederschwelliger Sozialer Arbeit und der CMT, so lassen sich Parallelen in Form der soziologischen und psychologischen Bezugswissenschaften finden (dazu Simon 2013: 74f.; Mayrhofer 2012: 20f.; Rieger 2004: 237; Bommers & Scherr 2000; s. auch → 2.3.). Beide Disziplinen gründen sich auf Erkenntnissen und Forschungen aus den folgenden Bereichen:

- die kritische Theorie, die Unterdrückungsmechanismen kritisch analysiert und mündige und selbstbestimmte Menschen als Voraussetzung für gesellschaftliche Veränderungen sieht
- die Systemtheorie, die Beziehungen zwischen Individuen untereinander und zwischen Gemeinschaften als hoch komplexe Systeme beobachtet und beschreibt
- die humanistische Psychologie, die u. a. durch die Bedürfnispyramide von Maslow (1954), das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky (1979) und die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Rogers (2000 [1961]) fundamentale Grundsätze und -prinzipien für beratende und psychotherapeutische Arbeitskontexte herstellte

Hinsichtlich der Erörterungen über die inhaltliche (→ 2.1.3.) und soziale (→ 2.1.4.) Ausgestaltung sowie die therapeutische Haltung bei niederschwelligem Arbeiten (→ 3.5.) kann in Rollenverteilungen, Erwartungshaltung und der bedingungslosen Akzeptanz und Wertschätzung eine Analogie zwischen der CMT und den niederschwelligen Umsetzungsdimensionen beobachtet werden. Die CMT verfolgt eine „Einebnung bzw. Egalisierung von Rollen und Verantwortlichkeiten, [durch die man] die Bildung von Freundschaften befördern“ (Stige et al. 2010 zit. n. Simon 2013: 115) kann. Ein Kommunikations- und Beziehungsangebot auf Augenhöhe und die damit implizierte Zuweisung des / der KlientIn als ExpertIn der Lebenswelt und des Problemsystems (vgl. Liechti 2009: 40f.), die Reduktion bzw. zumindest Reflexion der Erwartungshaltung (vgl. Stahr & Stegemann 2014) und ein authentisches und wertschätzendes Interesse (Rogers 2000) an der Person kann dazu verhelfen, in Beziehung zu Menschen zu treten, die keine Motivation zur Veränderung und zum In-Kontakt-Treten aufweisen. Der Widerstand wird so gemindert und der Aufbau von Beziehung und Vertrauen begünstigt.

Sowohl die niederschwellige Soziale Arbeit als auch die CMT agiert mit einem Professionsverständnis, das den Beziehungsaufbau in der unmittelbaren Begegnung sucht und von einer Aufhebung bzw. einem vorläufigen

Aufschub des professionellen Rollenverständnisses zugunsten der PatientInnen ausgeht. Durch diese erweiterte therapeutische Rolle, die einen freundschaftlichen Charakter beinhalten kann, entsteht ein Spannungsfeld (vor allem mit dem Rollenverständnis der konventionellen Musiktherapie und der Richtlinientherapien, die therapeutische Abstinenz formulieren), das die Reflexion von Rollen, Verantwortlichkeiten und Beziehungen erfordert. Gleiches postuliert auch Frohne-Hagemann (1996) im Bezug auf die dyadische Improvisation in der integrativen Musiktherapie. Diese impliziere ein „Therapieverständnis, das Heilung letztlich darin sieht, dass der therapeutische Experte nicht als Psychotechniker, sondern als Mensch dem Mitmenschen begegnet.“ (Ebd.: 154) Auch Baer (1996 zit. n. Simon 2013: 56) schreibt über die mit der Rollenverteilung zwischen TherapeutIn und KlientIn verbundene Abgrenzung und psychotherapeutische Abstinenz, die eine Re-Produktion von verinnerlichten Beziehungsmustern und Störungen im institutionalisierten Kontext hervorrufen kann, dass die meisten KlientInnen deshalb Hilfe oder Therapie in Anspruch nehmen, „weil sich zu viele von ihnen abgegrenzt haben.“ (Ebd.: 56) Wenn dann von therapeutischer Abgrenzung gesprochen und dementsprechend gehandelt würde, „dann wiederholt sich oft gerade das, was krank gemacht hat.“ (Ebd.: 56)

Hervorgehoben wird in der CMT wie in der niederschweligen Sozialen Arbeit die Partizipation der AkteurInnen, die ebenfalls einen großen Einfluss auf das Rollenverständnis innehat. So ist das „partizipative Element in der Beziehung [...] als konstruktive Alternative zur etablierten Rolle des Experten in der Musiktherapie“ (Simon 2013: 116) zu sehen. Das therapeutische Verhältnis sei ferner eine „Beziehung, in der die Rollen und Verantwortlichkeiten des professionellen und des laienhaften Teilnehmers in jeder Situation neu ausgehandelt würden.“ (Ebd.: 116; s. Auch → 3.2.) Auch in der klinischen Musiktherapie wird der Partizipation ein hoher Stellenwert eingeräumt. Orlovius (2007: 85) schreibt diesbezüglich:

Jugendliche [sind] am Verlauf und den Inhalten der Musiktherapie [...] wesentlich beteiligt [...]. Sie können ihre Vorlieben einbringen und die Atmosphäre gestalten, sie werden durch Anleitung und Übungsmöglichkeiten unterstützt und sie müssen sich mit anderen arrangieren.

Die Relevanz der Mitwirkung und Teilhabe von KlientInnen entspricht den Erörterungen Liechtis (2009), die im Kapitel über Niederschwelligkeit in der Psychotherapie (→ 5.) beschrieben sind.

Unter anderem die aktive Partizipation, die Selbstbestimmung und eine kritische Reflexion der hierarchischen Rollenverteilungen von TherapeutIn und PatientIn können demnach als Merkmale gelten, die das Verständnis von Therapie in der CMT kennzeichnen. Diese Aspekte können wichtige Anregungen für eine niederschwellige Ausrichtung in der Musiktherapie darstellen.

5. Niederschwelligkeit in der Psychotherapie

Der folgende Abschnitt beginnt mit einer kurzen Darlegung der gesellschaftlichen Verortung der Psychotherapie, womit auf die Notwendigkeit der Reflexion und Modifikation des bestehenden psychotherapeutischen Versorgungsnetzes hingewiesen werden soll. Anschließend wird auf Impulse und Forderungen psychotherapeutischer Berufsgruppen und -verbände (v. a. PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen, die nach der Richtlinienpsychotherapie arbeiten) eingegangen, in denen niederschwellige Zugänge und Ansätze diskutiert werden. Zudem soll in diesem Kapitel ein kleiner Überblick über den Stand von Forschung und Literatur gegeben werden, der den Rahmen und die Haltung psychotherapeutischer Arbeit im Sinne niederschwelliger Angebote thematisiert.

Einhergehend mit der Professionalisierung und Standardisierung der Psychotherapie in der Ausbildung, Praxis und Theorie im letzten Jahrhundert hat sich die Stigmatisierung von Menschen, die eine Therapie in Anspruch nehmen zwar nicht aufgehoben, aber zunehmend reduziert. Die Richtlinienpsychotherapien haben sich im Laufe der Zeit gesellschaftlich etabliert und erfahren breite Anerkennung. Gleichzeitig wurde definiert, welches Krankheitsspektrum behandelbar ist und unter welche Konditionen Menschen therapiefähig und -bedürftig erscheinen, welche Methoden und Vorgehensweisen anerkannt und verwendet und unter ökonomischen Gesichtspunkten auch bezahlt werden. In der psychotherapeutischen Literatur finden sich keine wissenschaftlichen Definitionen für die Unterschei-

derung von nieder- und hochschwelliger Psychotherapie. Richtlinien-Therapien sind insofern hochschwellig, als etwa von Mitarbeit, von einer kontinuierlichen Teilnahme und mindestens der Karenz des Konsums psychotroper Substanzen wie Alkohol und Drogen außerhalb gesellschaftsüblicher Mengen ausgegangen wird und diese als Bedingung für psychotherapeutische Hilfe gelten. Darunter fallen alle drei Richtlinienpsychotherapien der Verhaltenstherapie, der tiefenpsychologischen Psychotherapie und der Psychoanalyse. Als Anforderungen können beispielsweise Therapieverträge, die Durchführung von Hausaufgaben und die Ausfallhonorarregelung aufgezählt werden. Auch das (kommentarlose) Abbrechen einer Therapie stellt einen Verstoß gegen die Mitwirkungspflicht dar, der – von den gesetzlichen Krankenversicherungen und nicht von den PsychotherapeutInnen selbst eingeführt – als Druckmittel fungiert und als Sanktion eine Therapiesperre mit sich bringen kann. Grundlegend wird eine Veränderungsmotivation der PatientInnen angenommen, die als Voraussetzung für den Beginn, die Fortführung und schließlich den Erfolg der Therapie angesehen wird. Am stärksten wird das in der Verhaltenstherapie mit einer individuellen „Goal Attainment Scale“ (s. Kiresuk et al. 2014) gemessen, die die PatientInnen selbst kontrollieren können. Auch die psychoanalytische Psychotherapie ist in dem Sinne als hochschwellig zu bezeichnen, dass der / die PatientIn eine Struktur aufrechterhalten können muss, die neben einer zeitlich-kontinuierlichen Vereinbarung (mit wöchentlich bis zu drei Terminen) eine beständige Mitarbeit und ein „Sich-einbringen“ erfordert. Kritisiert wird darüber hinaus von mehreren AutorInnen generell das Gesundheitssystem, das von einer aktiven Initiative und Veränderungs- und Therapie-motivation der KlientInnen ausgeht und (zu) wenig adäquate Angebote zur Verfügung stellt, die das Fehlen dieser Aspekte kompensieren könnten (vgl. Spitzbart 2014: 49; Liechti 2009: 58; Klar&Trinkl 2015: 11). Liechti (2009: 72) postuliert, von aktuellen Forschungsergebnissen unterstützt, ein „proaktives und interaktives Vorgehen“ (vgl. ebd.: 72; s. auch → 2.1.2.), da insbesondere für psychisch auffällige Jugendliche „die Schwierigkeit [...] darin [besteht], dass [...] diese nicht in das Schema passen, das die medizinischen und psychosozialen Versorgungssysteme vorsehen; denn es setzt voraus, dass mündige Bürgerinnen und Bürger sich aktiv um ihre Ge-

sundheit kümmern.“ (Liechti 2009: 58; vgl. auch 72) Altersübergreifend sei dabei die Therapiemotivation, respektive deren Absenz ausschlaggebend dafür, „dass 25 % der Menschen, die von einer Psychotherapie profitieren könnten, diese gar nicht erst aufsuchen.“ (Grawe 2005 in Liechti 2009: 57) Hinzuzufügen sei letzterem Zitat, dass Niederschwelligkeit in diesem Sinne nicht das „Allheilmittel“ ist, das diese 25 Prozent mit Psychotherapie versorgt. Eine niederschwellige Sichtweise sucht jedoch auch nach äußeren Bedingungen, die die Inanspruchnahme einer Therapie fördern kann. Neben motivationalen und die Entscheidungskompetenz jedes einzelnen Menschen beachtenden Faktoren wird dabei vermutet, dass eine Reduzierung bzw. Anpassung der oben beschriebenen Anforderungen an potentielle KlientInnen einen Teil dieser 25 Prozent an Psychotherapie heranzuführen kann.

Besonders im letzten Jahrzehnt wurden in einschlägigen Fachzeitschriften der Psychotherapie und der Allgemein- und Fachmedizin (so z. B. bvvp o. J.; BDP 2007; KBV 2015; Deutsches Ärzteblatt 4/2012; Zeitschrift für Allgemeinmedizin 1/2013) vermehrt Artikel publiziert, die eine niederschwellige, psychotherapeutische Versorgung einfordern bzw. empfehlen. Als Erklärung für diesen Trend können lange Wartezeiten für eine psychotherapeutische Behandlung, das stellenweise Nichterreichen mancher PatientInnengruppen trotz steigender Diagnosestellungen psychischer und psychiatrischer Erkrankungen und daraus resultierende volkswirtschaftliche Einbußen gewertet werden (vgl. Bühring 2012: 130f.). Erwähnung findet in Bezug auf die Dauer der Therapie die Frage, „ob die verankerten Säulen der Verhaltenstherapie, Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit den vorgeplanten Kontingenten noch zeitgemäß sind.“ (Köhler in Bühring 2012: 131) Ein niederschwelliger Zugang wird auch insofern diskutiert, als nicht alle PatientInnen die vorgesehene Therapiedauer aufgrund der individuellen Krankheits- und Lebensgeschichte benötigt oder durch fehlende Compliance einhalten kann. Andererseits zeigt die Forschung, dass sowohl lange Therapien als auch häufige Sitzungen das Ergebnis positiv beeinflussen (bvvp: o. J.) und gerade für Menschen mit schweren Bindungsstörungen viel Zeit notwendig ist, um ein Arbeitsbündnis zu entwickeln. Als praktische Beispiele für niederschwellige psychothe-

therapeutische Arbeit können die psychiatrischen Institutsambulanzen von Kliniken (PIA) gelten, in denen zeitlich relativ flexible Termine für chronisch Kranke und multimorbide PatientInnen mit psychosozialen Problemen angeboten werden und keine zeitlichen Kontingente oder Sanktionen bei Nichterscheinen bestehen. Diese Institutsambulanzen gibt es auch für Kinder und Jugendliche, wobei häufig nicht genügend Behandlungsplätze vorhanden sind. Auch Ehe-, Familien- und Lebensberatungen können als Anlaufstellen gezählt werden, die mit Hilfe einer niederschweligen Ausrichtung Anschluss- und Behandlungsmöglichkeiten für Randgruppen und schwer erreichbare PatientInnen darstellen.

Obzwar sich die Publikationen größtenteils auf die Versorgung von Erwachsenen beschränken, sind die Erkenntnisse auch für die vorliegende Arbeit von Bedeutung, wirkt doch eine frühzeitige Erkennung und Behandlung psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowohl in präventiven und rehabilitativen als auch in stationären Settings einer Übernahme der Störung ins Erwachsenenalter entgegen (vgl. Liechti 2009: 19, 238f.; Wittchen & Jacobi 2005: 372). Der Bundesverband Deutscher PsychologInnen fordert deshalb „die ausreichende Verfügbarkeit niederschwelliger Hilfen im Bereich der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe“ (BDP 2007: 101, 104f.) und empfiehlt dabei insbesondere den bedarfsgerechten Ausbau präventiver Angebote (vgl. ebd.: 104f.). Gleiches fordern auch Wittchen & Jacobi (2005: 372) bei einer umfassenden Studie zur psychischen Gesundheit in Europa, die darüber hinaus eine psychotherapeutische Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen aufdecken.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV 2015a) drängt aufgrund des kontinuierlichen Anstiegs psychischer Erkrankungen und langer Wartezeiten für die Inanspruchnahme einer Richtlinienpsychotherapie auf den Ausbau des Versorgungsnetzes durch niederschwellige psychotherapeutische Angebote. Sie argumentiert neben den zeitlichen Engpässen auch mit einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer, die besagt, dass etwa 30 bis 40 Prozent der PatientInnen nach der probatorischen Phase keine Psychotherapie beginnen (vgl. KBV 2015a). Niederschwellige psychotherapeutische Angebote könnten dahingehend denjenigen PatientInnen Versorgungsleistungen bieten, für die eine antragspflichtige Richtlinienpsycho-

therapie nicht die „geeignete Behandlungsmethode“ sei (ebd.: o. S.). Im Bezug auf den Abbau von Barrieren für den Zugang zu Psychotherapie lässt sich eine ebenfalls von der KBV (2015b) publizierte Broschüre finden, die jedoch die Wörter „Zugang“ und „Barrieren“ im rein architektonisch-baulichen Sinn behandeln, worüber die bereits dargelegten Umsetzungsdimensionen von Niederschwelligkeit weit hinaus gehen. Im Gespräch ist derzeit die Installation einer regelmäßigen Sprechstunde in psychotherapeutischen und fachärztlichen Praxen, in der die dortige Abklärung und Diagnostik zu einer schnelleren psychotherapeutischen Behandlung führen soll (vgl. Ärztezeitung 2016).

Auch Bühring (2012) und Herrmann & Veit (2013) führen lange Wartezeiten für den Beginn einer Richtlinienpsychotherapie an, fordern deshalb eine gemeindenähe, dezentralisierte Versorgung (→ 4.; s. auch Dörner et al. 1996: 437ff.) und betonen die Bedeutung der niedergelassenen HausärztInnen. Denn diese hätten durch ihr multiples Rollenangebot und interaktionelle und interpersonelle Verwicklungen einen sehr vertrauensvollen Zugang zu ihren PatientInnen und „einen großen Teil der niederschwellig psychotherapeutischen Arbeit zu leisten.“ (Herrmann & Veit 2013: 34) Die Bedeutung der ÄrztInnen relativiert Spitzbart (2014: 37) mit der Argumentation, dass die Rolle der MedizinerInnen im Zuweisungs- und Behandlungsprozess von drei Voraussetzungen für die psychotherapeutische Konsultation bzw. Behandlung abhängig sind:

- die Haltung gegenüber Psychotherapie und die psychosoziale Kompetenz des Arztes oder der Ärztin
- die zeitlichen Ressourcen zur Information und Motivation der betroffenen PatientInnen
- die Kooperation beider Berufsgruppen

Insbesondere die ersten beiden Punkte wirken sich bei einer positiven, ausführlich motivierenden und informierenden Haltung von ÄrztInnen zur Überweisung zu und Weiterbehandlung durch PsychotherapeutInnen laut Untersuchungen auch positiv auf die Akzeptanz und Motivation zur Therapie aus (Franz 1997; Schaffenberger 1997, beide zit. n. Spitzbart 2014: 36). Spitzbart erforschte und analysierte detailliert die Barrieren für die Inanspruchnahme von Psychotherapie in Oberösterreich. Mithilfe von Pati-

entInnenfragebögen wurden Zugänge und „Hemmschwellen“ (ebd.: 10, 11, 56) im Bezug auf Psychotherapie untersucht, der Begriff »Niederschwelligkeit« wird jedoch nicht erwähnt. Erhoben wurden die Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Kosten (neben finanziellen sind auch zeitliche und soziale Kosten beschrieben, wobei sich letztere auf die Angst vor einer sozialen Stigmatisierung beziehen) einer therapeutischen Behandlung, sowie die Rolle von Dritten bei der Hilfesuche und -annahme. Als Dritte gelten das soziale Umfeld der PatientInnen und Professionelle aus medizinischen und sozialen Sektoren, wobei bei der Information, Motivation und der Suche einer Therapie praktische ÄrztInnen, FachärztInnen und der Freundes- und Bekanntenkreis in dieser Reihenfolge der angegebenen Häufigkeit eine Rolle spielen und praktischen ÄrztInnen grundsätzlich ein hohes Vertrauen von KlientInnenseite zugestanden wird (vgl. ebd.: 78f.). Dritten wird jedoch auch ein ambivalenter Part zugeordnet, da sie sowohl als hilfreich für die Suche und Motivation zur Inanspruchnahme einer Therapie als auch durch Bagatellisieren oder Verharmlosen von Symptomen hindernd für eine Nutzung von Psychotherapie beschrieben werden (vgl. ebd.: 49; 124f.). Empirisch nachgewiesen werden konnte die hohe Angst vor Stigmatisierung und Benachteiligung im sozialen Umfeld (privat, beruflich wie auch gesamtgesellschaftlich) wegen einer psychotherapeutischen Behandlung, die eine starke Barriere zu deren Inanspruchnahme aufweist (vgl. ebd.: 126). Beispielsweise ist faktisch nachweisbar, dass angehende LehrerInnen und JuristInnen nicht verbeamtet werden, wenn zu Tage tritt, dass die Person (kürzlich) in psychotherapeutischer Behandlung war bzw. ist. Neben der Notwendigkeit einer ausführlicheren Informations- und Motivationsarbeit von Seiten der ÄrztInnen spricht Spitzbart (2014: 126) vom Bedarf „großer gesellschaftlicher Bemühungen und Anstrengung zum Abbau von Vorurteilen in Bezug auf psychische Erkrankungen und die Behandlung derartiger Störungen.“

Als vorbildhaft für eine niederschwellige psychotherapeutische Versorgung beschreibt Sonnenmoser (2011) den Beruf der PsychologInnen in der ambulanten Erstversorgung (EV) in den Niederlanden. Diese Fachgruppe, die in Deutschland ansatzweise den sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) entspricht, ist dazu da, schwer erreichbaren PatientInnengruppen den Zu-

gang und Kontakt zu Psychotherapie zu ermöglichen und Hemmschwellen und Vorurteile abzubauen. Die an der Salutogenese (Antonovsky 1997) und dem Bio-Psycho-Sozialen-Modell (Engel 2011) orientierten EV-PsychologInnen arbeiten im engen Austausch mit sozialen, therapeutischen und medizinischen Professionellen und gelten als GeneralistInnen: „Sie öffnen Türen, stellen Kontakte her, überweisen auch an Spezialisten und sind damit Dreh- und Angelpunkt auf der untersten Stufe des Versorgungssystems.“ (Sonnenmoser 2011: 552)

Die Wiener Psychotherapeutinnen Klar und Trinkl (2015) stellen in ihrem Buch „Diagnose: Besonderheit – systemische Psychotherapie an den Rändern der Norm“ vielfältige Artikel über die psychotherapeutische Arbeit mit marginalisierten und schwer erreichbaren PatientInnen und PatientInnengruppen zusammen. Wie der Buchtitel bereits andeutet wird eine Krankheitsdiagnose vorerst zurückgestellt und zugunsten der therapeutischen Unvoreingenommenheit und der bedingungslosen Akzeptanz (s. Rogers 2000) als Besonderheit titulierte und eine ressourcenorientierte Sichtweise unterstrichen. Dabei kommen therapeutische Heran- und Vorgehensweisen zur Anwendung, die das konventionelle Setting einer Richtlinienpsychotherapie aufweichen und mit Hilfe der systemischen Sichtweise die soziale Umgebung in den Blick nehmen. Bedeutsam für die vorliegende Arbeit ist insbesondere die Kritik an der Forderung nach Anpassung der PatientInnen an bestehende Ordnungen und Hilfssysteme. So werden „Misserfolge [...] eher der Inkompetenz Rat- bzw. Hilfesuchender zugeschrieben als den Gegebenheiten und Rahmenbedingungen, mit denen sie sich konfrontiert sehen.“ (Klar & Trinkl 2015: 11) Eine systemische Sichtweise bekräftigt auch Liechti (2009) für die Therapiemotivation Jugendlicher, wobei er neben dem Einbezug des Familiensystems in der Zuweisung der Expertise auf die KlientInnen die „wichtigste Ressource“ (ebd.: 124) für die Lösung und Bearbeitung von Problemen sieht:

Das Bedürfnis, von anderen Menschen be- und geachtet zu werden, gilt für alle und ist bei Jugendlichen besonders stark ausgeprägt. [...] Infolgedessen ist die Idee, verhaltensauffällige Jugendliche stets als Experten der eigenen Lebenssituation zu verstehen, nicht nur eine Sache des Respekts; vielmehr [...] der klinischen Notwendigkeit, wenn es darum geht, sie für die Therapie zu gewinnen. (Ebd.: 19f.; Hervorh. im Original)

Analog zu den Ausführungen über Partizipation (→ 4. & → 2.3.) beschreibt der Autor die Wichtigkeit der Mitwirkung durch das vermehrte Aufzeigen von eigenen Entscheidungs- und Handlungskompetenzen von Jugendlichen als essentiell um die Therapie- und Veränderungsmotivation bzw. die Bereitschaft zur Annahme zu erhöhen (vgl. ebd.: 63f., 66). Als Ursachen für eine Therapieablehnung ergänzt er das Zusammenspiel aus personenbezogenen Faktoren (Ziele, Vorstellungen der Jugendlichen), dem Krankheitswert psychischer Störungen und deren Auswirkungen (Ablehnung bspw. wegen Angst, Schuld- oder Schamgefühlen), sowie natürlichen Barrieren (z. B. Entfernung, Kapazitäten oder Kosten der Therapie; sog. „barriers to treat“) um familiensystemische Einflussfaktoren (vgl. ebd.: 123). Der Angehörigenarbeit kommt eine wichtige Rolle zu, die, wie oben beschrieben, sich ebenfalls vom „Professionalitätszentrismus“ (Tallman u. Bohart zit. in Liechti 2009: 124) distanzieren muss und alle Familienmitglieder als ExpertInnen, als „Hauptpersonen im therapeutischen Drama“ (ebd.: 124), für die Problemlagen betrachtet und heranzieht.

5.1. Relevante Studien und Erhebungsinstrumente

Zum Zeitpunkt der Verfassung dieser Masterthesis ist »Niederschwelligkeit« weder in der Musiktherapie noch in der Psychotherapie empirisch untersucht worden. Wird der Bogen um Niederschwelligkeit bedingende Aspekte etwas weiter gespannt, so sind mit Schirber (2009) und Dietzel (2009) jeweils eine Dissertation und mit Matthejat & Remschmidt (2011) ein Erhebungsinstrument zu erwähnen. Niederschwelligkeit wird von allen Dreien zwar nicht benannt, einige Gesichtspunkte entsprechen jedoch dem bisher Ausgeführten.

Schirber untersuchte anhand von jeweils einem Fragebogen für MusiktherapeutInnen und einem für Jugendliche die Behandlungszufriedenheit und Befindlichkeitsveränderungen von Jugendlichen während eines musiktherapeutischen Therapieprozesses in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bei ihren Ergebnissen fand sie heraus, dass die Motivation, an der Erkrankung zu arbeiten in der Musiktherapie höher war als in der Psychiatrie im Allgemeinen, was sich an der hohen Erwartungshaltung und der Freude der Jugendlichen an der Musik manifestierte. Ausschlaggebend war dafür

auch das Interesse an Musik, was sich darin zeigte, dass KlientInnen mit höherem Interesse an Musik auch höhere Werte bezüglich der Motivation und der Vorfriede auf die nächste Stunde aufwiesen (vgl. Schirber 2009: 68; 73). Außerdem fragte Schirber nach dem Mitspracherecht der Jugendlichen als Teil der Zufriedenheit und fand eine hohe Korrelation mit den Antworten der Musiktherapeuten vor, womit der Partizipation eine wichtige Bedeutung hinsichtlich einer höheren Compliance und damit eines günstigen Einflusses auf den Behandlungsverlauf zukommt. Aktive Entscheidungen von KlientInnen müssten gefördert werden, um einen Kontrast zur passiven, hospitalisierten Rolle darzustellen (vgl. ebd.: 68, vgl. auch McDonell 1983, zit. n. Schirber 2009). Die Behandlungszufriedenheit mit und in der Musiktherapie ist laut der Studie allgemein wie auch im Verlauf sehr hoch, wogegen die Wirksamkeitseinschätzung bei anfänglich hoher Erwartungshaltung im Verlauf absinkt (vgl. ebd.: 74f.).

Zufriedenheit wird als Ergebnis eines komplexen, psychosozialen Regulationsprozesses verstanden. Dieser Prozess umfasst die Aspekte Erwartungen, intrapsychische Bewältigungsprozesse zur Spannungsreduktion, Resignation, Anpassungsdruck und generalisierte Zufriedenheit (vgl. Schäfer 2002 & Konopka 2003, beide zit. n. Schirber 2009: 10). Die Studie von Schirber ist insofern bedeutend für die Thematik als davon ausgegangen werden kann, dass niederschwelliges, therapeutisches Arbeiten zum Ziel hat, die Erwartungen von TherapeutInnen und den Anpassungsdruck von Seiten der KlientInnen möglichst gering zu halten bzw. zu reduzieren. Außerdem postuliert Schirber in ihrer Dissertation, dass sich der Therapeut darüber im Klaren sein muss, „dass er nicht zu sehr auf seine Ansicht der Beziehung vertrauen sollte.“ (Ebd.: 67) Dementsprechend kann die Befragung von Jugendlichen als ExpertInnen für den Zugang zu Musiktherapie im Rahmen dieser Masterthesis legitimiert werden.

Auch Dietzel (2009) entwickelte in einer Dissertation einen Fragebogen zur Messung der PatientInnenzufriedenheit in der stationären Psychotherapie. Obwohl sie die Zufriedenheit in der gesamtstationären Behandlung und die Multimodalität der Therapieangebote für Erwachsene untersuchte, ist hier die in ihrer Arbeit herausgestellte Bedeutung der Mitsprache und

Partizipation der PatientInnen von Bedeutung (vgl. ebd.: 19, 115, 183).

Schließlich existiert mit dem Inventar zur Messung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK) ein Fragebogen, der von der Arbeitsgruppe Lebensqualität an der Klinik der Universität Marburg entwickelt wurde. Der sehr umfassende Fragebogen (10 Seiten) befragt Kinder und Jugendliche zu den Themen Schule, Familie, Peers, Alleinsein sowie körperliche und seelische Gesundheit und wird international in vielen Kliniken angewandt (vgl. AG Lebensqualität 2011: o. S.).

6. Fazit der theoretischen Betrachtung zu Niederschwelligkeit

Bevor Abschnitt B die empirische Untersuchung zu Niederschwelligkeit mit Jugendlichen aus einer Kinder- und Jugendpsychiatrie darlegt, wird ein kurzes Fazit zu den bisherigen theoretischen Erörterungen gezogen, wobei die wichtigsten Aspekte noch einmal festgehalten werden.

Nach dem Kapitel über die Ausweitung der Umsetzungsdimensionen (→ 2.2.), in dem eine potentielle Übertragung niederschwelliger Charakteristika von der Sozialen Arbeit auf die Musiktherapie aufgezeigt wurde, fokussierte das dritte Kapitel eine rein musiktherapeutische Perspektive. Eine essentielle Rolle spielt für die niederschwellige Ausrichtung von Musiktherapie die musiktherapeutische Beziehungsgestaltung, die auf Erkenntnisse der Bindungstheorie und der Säuglingsforschung zurückgreifen kann (→ 3.2.). Der individuelle, soziale und musikalische Zugang zu Jugendlichen entsteht über die von der Musiktherapie genutzten Eigenschaften der Musik wie Lebensweltnähe, Ressourcenorientierung, identitätsfördernde Aspekte und die Initiation von Reflexionsprozessen (→ 3.3.). Die Musiktherapie verfügt über ein großes Spektrum spezifischer Interventionsmöglichkeiten, die für Jugendliche mit hohen Hemmschwellen, Widerstandsverhalten sowie reduzierten Ausdrucks- und Kommunikationsfähigkeiten Zugänge zu (musikalischen) Interaktionen anbieten kann (→ 3.4.). Zwischen der Community Music Therapy (→ 4.) und der Sozialen Arbeit bestehen fruchtbare Parallelen für die Musiktherapie, die den Forderungen und Empfehlungen von Fachverbänden und Professionellen der Psychotherapie und der Medizin nach einem Ausbau niederschwelliger psycho-

therapeutischer Angebote (→ 5.) entsprechen. Dies kann für eine niederschwellige Ausrichtung der Musiktherapie konstruktiv genutzt werden.

Empirische Untersuchungen zu Niederschwelligkeit in der Musiktherapie und der Psychotherapie gibt es nicht. Einzig die Studien von Schirber (2009) über die Behandlungszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen in der klinischen Musiktherapie und das Inventar zur Erfassung der Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen in der Psychotherapie (AG Lebensqualität 2011) weisen eine thematische Ähnlichkeit auf (→ 5.1.). Die nachfolgende empirische Untersuchung stellt daher den Versuch dar, einen ersten Schritt zur Füllung dieser Forschungslücke zu machen.

B Empirische Befragung von Jugendlichen zu Niederschwelligkeit

7. Grundlagen für die empirische Untersuchung

Die nachfolgenden Kapitel werden nun kurz aufgezählt, um dem / der LeserIn einen Überblick über die einzelnen Abschnitte geben zu können. Mit einer Schilderung zur Auswahl der befragten Zielgruppe beginnt die Darlegung der empirischen Grundlagen (→ 7.1.). Daraufhin werden sowohl die Klinikstruktur als auch die Musiktherapieräume beschrieben (→ 7.2.) und auf die Auswahl und das Design der Forschungsmethode eingegangen (→ 7.3.). Die Ein- und Ausschlusskriterien für die Teilnahme der befragten Jugendlichen sind unter (→ 7.4.) aufgelistet. Anschließend wird der Ablauf der Erhebung erläutert (→ 7.5.) sowie die zu untersuchenden Hypothesen aufgezählt (→ 7.6.).

7.1. Auswahl der befragten Gruppe

Im Vorfeld stand die Überlegung, MusiktherapeutInnen als ExpertInnen für die Gestaltung, Interventionsmöglichkeiten und (Kontra-)Indikationen niederschwelliger Angebote mittels Leitfadeninterviews zu befragen. Im Verlauf der explorativen Phase durch Gespräche mit MusiktherapeutInnen und der Literaturrecherche ergaben sich drei mögliche Betrachtungsweisen des Themas, nämlich die Niederschwelligkeit aus Sicht von TherapeutInnen, von PatientInnen oder von sozialen / therapeutischen Organisationen zu untersuchen. Dabei wendete sich die Perspektive von TherapeutIn zu PatientIn, weil letztere die ExpertInnen ihrer Lebenswelt (und deren Zugänglichkeit) sind und Niederschwelligkeit an deren Ressourcen und Schwierigkeiten, an ihren Bedürfnissen und ihrer Lebenssituation ansetzen muss. Dazu war anfangs geplant, zwei Gruppen von Jugendlichen zu befragen, wobei eine Gruppe im Rahmen einer vollstationären, sozialpädagogischen Wohngruppe und eine andere in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) Musiktherapie wahrgenommen hat. Der Vergleich beider Gruppen wäre jedoch aufgrund unterschiedlicher Settings, therapeutischer Aufträge und Prozesse nicht möglich bzw. sinnvoll gewesen. Die musiktherapeutische Arbeit des Verfassers der vorliegenden Arbeit mit Jugendli-

chen aus der Wohngruppe wird deshalb im Sinne einer kurzen Feldbeobachtung beschrieben (→ 9.) und die empirische Untersuchung auf die Befragung der Jugendlichen aus einer KJP beschränkt. Der Kontakt und (Feld-)Zugang zur KJP entstand über ein dreimonatiges, das Musiktherapiestudium begleitendes Praktikum, das jedoch nicht zum gleichen Zeitpunkt wie die Untersuchung stattfand. Der Verfasser hat daher nicht mit den für dieses Werk befragten PatientInnen gearbeitet. Trotz des kontinuierlichen Austauschs mit den dort angestellten Musiktherapeuten über die Thematik, Fragebogenerstellung und empirische Vorgehensweise war die erforderliche Distanz gewährleistet, um einen möglichst objektiven Überblick auf die Antworten in der Empirie zu erhalten.

7.2. Beschreibung der Klinikstruktur und der Musiktherapieräume

Die Heckscher Kliniken gehören zu den KBO-Kliniken, einem Verbund der Kliniken des Bezirks Oberbayern, und umfassen acht Standorte. Im Haupthaus in München-Obergiesing werden Kinder und Jugendliche im Alter von sieben bis 18 Jahren (in Einzelfällen auch bis zum 21. Lebensjahr) aus dem Münchner Raum und Einzugsgebiet versorgt. Es gibt sieben Stationen, die in drei geschlossene und intensiv-therapeutische Stationen (eine davon ist auf Drogen und Suchtproblematiken spezialisiert) und vier offene Stationen unterteilt sind. Insgesamt stehen 68 voll- und 44 teilstationäre Behandlungsplätze zur Verfügung. Außerdem ist dem Haus eine Tagesklinik und eine Ambulanz angeschlossen. In der Klinik arbeiten ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, medizinisches Pflegepersonal, ErzieherInnen, Heil- und SozialpädagogInnen sowie viele kreativ- und bewegungstherapeutische Berufsgruppen wie Musik-, Kunst-, Ergo-, Sporttherapie und Logopädie zusammen. Als Säulen der psychiatrischen Behandlung werden die Pharmakotherapie, Psychotherapie, Heilpädagogik und Sozialtherapie gesehen. Die Klinik arbeitet nach einem integrativen Konzept, das verhaltenstherapeutische, tiefenpsychologische, familientherapeutische und erlebnispädagogische Verfahren verwendet (vgl. KBO 2016). In der Klinik sind zwei Musiktherapeuten angestellt, einer in Vollzeit und einer mit 29 Wochenstunden. Deren Stundenkontingent ist auf die verschiedenen Stationen und Fachbereiche aufgeteilt. Normalerweise

umfasst das jeweils pro Woche zwei Termine für Einzeltherapien und je nach Stationskonzept ein bis drei Termine für Gruppentherapien. In der Regel wird vorerst in der Visite besprochen, welche PatientInnen für non-verbale, kreative Therapieverfahren wie Musik- oder Kunsttherapie oder für funktionale Therapien (Ergo-, Bewegungs-, oder Sporttherapie) angemeldet werden. Ausschlaggebend für die Wahl komplementärer Therapien ist dabei nicht das Krankheitsbild, sondern die Überlegung mit welchen Medien oder Ansätzen ein Zugang zur / zum Jugendlichen geschaffen werden kann. Die tatsächliche Anmeldung erfolgt dann von den behandelnden ÄrztInnen und PsychologInnen, wobei häufig die PatientInnen schon einige Tage bis Wochen in der Klinik sind, bevor sie die Musiktherapie wahrnehmen können. Die Musiktherapeuten sind damit fester Bestandteil des Behandlungsplans, sie suchen sich „ihre“ PatientInnen aber nicht selbst aus.

Die Heckscher-Klinik verfügt, aufgrund der hohen Akzeptanz und Wertschätzung der Therapieform durch die Klinikdirektion, über zwei voll ausgestattete Musiktherapieräume. Einer, ein heller großer Raum, dient gleichzeitig als Büro der Musiktherapeuten. Das Instrumentarium besteht dort aus einem akustischen Klavier, einem elektronischen Schlagzeug, E-Gitarren, E-Bass und dazu gehörigen Verstärkern, einer Gesangsanlage und diversen Orff- und Perkussionsinstrumenten. Der sich im Keller befindende „Krach-Raum“ wirkt durch sein mit Neonlichtern, Farbstrahlern und dem professionellen Instrumentarium ausgestatteten Inventar wie ein Band-Proberaum mit Bühnen- bzw. Konzertatmosphäre. Orlovius (2007), der als einer der Musiktherapeuten in der Heckscher Klinik angestellt ist, schreibt dazu in dem Artikel „Musikprojekte zwischen Therapie und Pädagogik“ über die Beschreibung des Settings:

Eine bunte Lichterkette, eine magische Kugel und ein grüner Spot schaffen beim Spielen eine hörbar andere Atmosphäre. Die Erfahrung zeigt, dass die Jugendlichen durch die halbdunkle, aber bunte Beleuchtung im Spiel näher zusammenrücken. (Ebd.: 85; Hervorh. im Original)

Als Instrumente stehen hier eine komplette Gesangsanlage mit Multieffektgeräten, ein Schlagzeug, zwei E-Gitarren, E-Bass, E-Piano, Keyboard, und ein Computer mit 32“ Monitor für Aufnahmen und die Arbeit mit YouTu-

be u. a. Musikrezeptions- und Videowebseiten zur Verfügung. Obwohl der Krach-Raum kleiner ist als der helle Musiktherapieraum im Obergeschoss, finden die meisten Gruppentherapien und viele Einzeltherapien dort statt. Viele Jugendliche bevorzugen den Krach-Raum, was sowohl an der instrumentalen und medialen Ausstattung, als auch an der Distanz zu den Stationen und anderen Therapieräumen liegen mag. Das ermöglicht den Jugendlichen „hier richtig laut Musik hören oder machen [zu] können, ohne von den Erwachsenen gemäßregelt zu werden.“ (Ebd.: 82) Außerdem fühlt sich der Raum, wie Orlovius eine Jugendliche zitiert, „überhaupt nicht ‚wie Krankenhaus oder Klapsmühle‘ an [...]“ (Ebd.: 82) Hinsichtlich der räumlichen Umsetzungsdimension nach Mayrhofer (→ 2.1.2.) kann damit festgehalten werden, dass die räumlich gebundenen Erwartungen in den Musiktherapieräumen sowohl unter salutogenetischen als auch lebensweltbezogenen Aspekten niedrigere Schwellen aufzuweisen scheinen als die Klinik im Gesamtkomplex.

7.3. Auswahl und Beschreibung der Forschungsmethode

Im Zuge der intensiven Literaturrecherche und der informellen Befragung von MusiktherapeutInnen zur Themenstellung ergab sich das Fehlen von Forschungen zur Thematik der Niederschwelligkeit in der Musiktherapie. Die vorliegende Arbeit kann somit als Pilotstudie betrachtet werden, die eine Annäherung darstellt, den Zugang zu und die Schwelle der Inanspruchnahme von Musiktherapie aus der Sicht von Jugendlichen zu untersuchen. In der Verbindung von Theorie und Empirie dient diese Analyse damit der Grundlagenforschung, Theorieentwicklung und Überprüfung der Relevanz von Niederschwelligkeit für die Musiktherapie. Für den empirischen Teil wurde vom Autor ein Fragebogen entwickelt, der aus 17 ordinalskalierten (5er-Likert-Skala), drei offenen und zwei gemischten Fragen besteht. Das Erhebungsinstrument ist vorrangig quantitativ ausgerichtet, wobei eine qualitative Komponente durch die offenen Fragen und somit eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Methoden gegeben ist. Schnapp et al. (2006) schreiben dazu, dass kombinierte Verfahren „um so erstrebenswerter sein [dürften], je mehr die Erforschung konkreter Kausalmechanismen (Theorieentwicklung) einerseits und die Prüfung der

Existenz diesen Mechanismen entsprechender Regelmäßigkeiten andererseits in einem Forschungskontext parallel behandelt werden sollen.“ (Ebd.: 19)

Die Befragung ist eine Momentaufnahme und kann durch die Einschränkung von Erhebungszeitraum und -ort sowohl im zeitlichen wie auch institutionellen Sinne als punktuelle Erhebung und damit als Querschnittstudie gelten (vgl. Diekmann 2009: 304f., 315).

Für die vorliegende Arbeit wurde aufgrund des Pilotstudiencharakters bewusst darauf verzichtet, etwaige ICD-10-Diagnosen der jungen Menschen zu erfassen. An personenbezogenen Daten wurde lediglich das Alter und das Geschlecht erfragt, was eine Wiedererkennung der Personen ausschließt. Die anonyme, schriftliche Erhebung barg gegenüber verbalen Interviews den Vorteil, dass die Bereitschaft der Jugendlichen zur Teilnahme erhöht und das Einverständnis der Eltern leichter eingeholt werden konnte. Ganz im Sinne der Thematik wurde damit die Schwelle zur Befragung sowohl für die PatientInnen als auch deren Eltern bzw. Sorgeberechtigte niedrig gehalten, womit auch das Erreichen einer höheren ProbandInnenzahl angestrebt wurde. Als Anregung für die Erstellung galt der ebenfalls quantitative Fragebogen von Schirber (2009) zur Behandlungszufriedenheit von Kindern und Jugendlichen in der klinisch-psychiatrischen Musiktherapie (→ 5.1.).

Die Struktur der Frageblöcke soll nun kurz erläutert werden, zumal sich die Auswertung an dem gleichen Schema orientiert. Aus Platzgründen befindet sich der verwendete Fragebogen im Anhang. Erfragt wurden zu Beginn Geschlecht, Alter und Setting (Einzel-, Gruppentherapie oder beides) sowie die Anzahl der insgesamt wahrgenommenen Musiktherapiestunden. Anhand der nachfolgenden Metaebenen wurden anschließend Aspekte der theoretischen Konzeption von Niederschwelligkeit auf Fragen übertragen, die eine subjektive Einschätzung von Jugendlichen zur Musiktherapie intendierten. Mithilfe der Analogie zwischen theoretischen Konstrukten und der Fragebogengestaltung sollen Entsprechungen zwischen Theorie und Praxis ermöglicht und die Übertragbarkeit verifiziert werden.

- Die **Niederschwelligkeit**, die **Hürde** und den **Anforderungsdruck** umfasst der Frageblock 1). Dabei betrifft 1a) die Einschätzung der Hürde vor der ersten Stunde, Musiktherapie wahrzunehmen, und ob sich diese Schwelle im weiteren Verlauf verändert hat (1b).
- Die **Subjektive Verortung der Musiktherapie** wurde mit 2) erfragt, d. h. ob die Musiktherapie als Musik machen oder zur Therapie gehen oder als etwas „dazwischen“ wahrgenommen wurde.
- Erkenntnisse über **Motivation**, **Stressempfinden** und die **Wirksamkeitseinschätzung** von Musiktherapie wurden mit den Fragen 3), Empfinden als Chance oder Stress und der Frage 4), ob Musiktherapie als hilfreich erlebt wurde, abgedeckt. Eng damit zusammenhängend wurde mit 12) die Frage gestellt, ob der / die Jugendliche in Zukunft wieder in die Musiktherapie kommen würde.
- Die **bedingungslose Akzeptanz und Wertschätzung** umfasst die Frage 5), ob sich der / die PatientIn vom Musiktherapeuten „verstanden gefühlt“ hat.
- Der Frageblock 6) beinhaltet die subjektive Einschätzung bezüglich Inhalt und Potential der Musiktherapie, wobei mit der Frage 6a) die **Erwartungen an Musiktherapie** vor der ersten Stunde und mit 6b) eine **Reflexion über Musiktherapie** im fortgeschrittenen Prozess oder nach Abschluss der Therapie erfragt wurde. Dieser Frageblock erforderte von den Jugendlichen eine zeitliche und inhaltliche Differenzierung zwischen vorherigen Erwartungen und einem abschließendem Rückblick, da beides zum gleichen Zeitpunkt erfragt wurde.
- Mit dem Frageblock 7) wurde ein Anknüpfen an die **Wahrnehmung**, **Differenzierung und Regulation von Emotionen** in der Musiktherapie intendiert. Dabei betraf die Frage 7a) das Kennenlernen neuer, 7b) die Unterscheidung von und 7c) den Umgang mit Gefühlen.
- Der Frageblock 8) diente dazu, Aussagen über die **Selbstoffenbarung** und das **Kommunikations- und Ausdrucksverhalten** zu bekommen. 8a) erfragte dazu generell die Hürde, etwas von sich zu zeigen, und ob dies leichter mit Worten, 8b), oder leichter mit Musik, 8c), geschehe.

- Die **Partizipation und das Selbstwirksamkeitserleben** umfasste die Frage 9), ob der / die Jugendliche subjektiv selbst entscheiden konnte, was in der Musiktherapie gemacht wird.
- Die **Lebensweltorientierung** wurde im Fragebogen auf die Relevanz des Einsatzes elektronischer Medien und moderner Technologie bezogen und findet sich in der Frage 10) wieder. Erfragt wurde damit lediglich ein reduzierter Ausschnitt der Lebenswelt.
- Um herauszufinden, ob Musiktherapie aufgrund des Beziehungsangebots bzw. der Person des Therapeuten oder aufgrund des spezifischen Einsatzes von Musik als hilfreich und leichter zugänglich erlebt wird, wurde der Frageblock 11), **Relevanz des Musiktherapeuten vs. Spezifität des Mediums** eingefügt. Dabei betreffen die Fragen 11a), ob der / die Jugendliche die Therapie, bzw. den Therapeuten auch beansprucht hätte, wenn alternativ mit anderen (re-)kreativen Medien gearbeitet worden wäre, 11b) ob, und 11c) wenn ja, was angeboten und ob das als hilfreich erlebt wurde.
- Die Frage 12) nach der **Wirksamkeitseinschätzung für die Zukunft** wird gemeinsam mit den Fragen 3) und 4) ausgewertet.
- Der Frageblock 13) bezog sich auf das Bestehen von **Vorerfahrungen mit Musik**, 13a) und ob und warum diese eine Rolle in der Musiktherapie gespielt haben, 13b).

7.4. Inklusions- und Exklusionskriterien für die befragten PatientInnen

Zur Selektion der Zielgruppe wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, nach denen die behandelnden Musiktherapeuten im Einklang mit ihrer professionellen Einschätzung die PatientInnen für die Befragung auswählten. Dafür wurde von Fall zu Fall der therapeutische Prozess und sowohl die Indikation als auch Kontraindikationen für eine Befragung genau abgewägt, um den weiteren Verlauf und Abschluss der Therapie weder negativ zu beeinflussen, noch die Jugendlichen mit dem Fragebogen zu überfordern. Die generellen Inklusions- und Exklusionskriterien sind folgende:

- Die PatientInnen haben maximal 14 Stunden Musiktherapie wahrgenommen. Es wurden damit willkürlich 14 Stunden als Grenze festgelegt, um angesichts der insgesamt niedrigen Stichprobengröße keine weiteren Ausschlüsse zu bestimmen (s. auch kritische Reflexion → 10.). Bei einer darüber hinaus gehenden Stundenanzahl können zwar noch niederschwellige Bestandteile indiziert und / oder angewandt sein, der fortgeschrittene therapeutische Prozess führt jedoch vermutlich eine höhere Verbindlichkeit an der Teilnahme und in der Beziehungsqualität mit sich. In Anbetracht eines vermehrt konfrontativen und konfliktzentrierten Vorgehens kann dann eher von höher- oder hochschwelligeren therapeutischen Angeboten gesprochen werden.
- Die PatientInnen sind zwischen zwölf und 18 Jahre alt.
- Es bestehen keine akute Psychose, Dyslexie, starke Intelligenzmin- derung oder andere Störungen und Erkrankungen, die das Ver- ständnis und die Beantwortung der Fragen beeinträchtigen könnten.
- Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig.
- Die Erziehungs- bzw. Sorgeberechtigten sind mit der Befragung ein- verstanden und wurden darüber aufgeklärt, dass außer Alter und Geschlecht keine persönlichen Daten abgefragt werden, was eine Wiedererkennung der befragten PatientInnen ausschließt.

7.5. Ablauf der Erhebung

Die Erhebung fand über einen Zeitraum von zwei Monaten, vom 01. April bis 31. Mai 2016 statt. Die Musiktherapeuten händigten im vorangeschrit- tenen musiktherapeutischen Prozess oder in der letzten Musiktherapie- stunde denjenigen Jugendlichen einen Fragebogen aus, die den vorher festgelegten Inklusions- und Exklusionskriterien (→ 7.4.) entsprachen. Ins- besondere in den halboffenen Gruppen ist nicht absehbar, wann die Ju- gendlichen aus der Klinik entlassen werden, weshalb in diesen Fällen die Fragebögen auch im Verlauf ausgeteilt wurden. Beide Musiktherapeuten standen den Jugendlichen für Verständnisfragen zur Verfügung. Alle Ju- gendlichen, die zur Teilnahme an der Befragung eingeladen wurden, ha-

ben einen Fragebogen ausgefüllt, wodurch keine Drop-Out-Rate besteht (s. auch kritische Reflexion → 10).

7.6. Hypothesen

- Musiktherapie schafft über den Lebensweltbezug einen leichten Zugang **zu und für** Jugendliche(n).
- Niederschwellige Musiktherapie ist als Heranführen an Psychotherapie zu betrachten: Musiktherapie ist in der Lage, das Interesse an Psychotherapie zu wecken und die Motivation für eine Behandlung zu fördern.
- MusiktherapeutInnen verfügen über eine therapeutische Haltung, Fähigkeiten zum Beziehungsaufbau und Interventionsmöglichkeiten, die für Jugendliche den Einstieg in therapeutische Prozesse erleichtern.

8. Auswertung der Ergebnisse

Eine statistische Prüfung mit Varianz- und Korrelationsanalysen kann aufgrund der geringen Fallzahl und der fehlenden Validation des Fragebogens nicht stattfinden und bleibt weiteren Studien vorbehalten. Indiziert erscheint dagegen eine deskriptive Analyse der Ergebnisse, die die Antworten der befragten PatientInnen zusammenfasst und Tendenzen aufzeigt.

Insgesamt füllten 21 Jugendliche einen Fragebogen aus ($n = 21$). Mit 16 Patientinnen und fünf Patienten sind die weiblichen Teilnehmerinnen deutlich in der Überzahl (zur Repräsentativität der Geschlechterverteilung im Verhältnis von Stichprobe zu Klinik vgl. kritische Reflexion → 10). Die Mehrzahl der befragten PatientInnen (16 Angaben) hat die Musiktherapie ausschließlich in der Gruppe wahrgenommen, lediglich zwei PatientInnen haben Einzelmusiktherapie und drei ein kombiniertes musiktherapeutisches Angebot erhalten. Die relative Häufigkeit der Musiktherapieeinheiten liegt mit fünf Stunden bei 23 Prozent (fünf von 21), wobei eine breite Streuung, zwischen zwei und 14 Stunden (mit jeweils einer Nennung), besteht. Insgesamt waren nur vier PatientInnen über zehn Stunden in der Musik-

therapie. Anhand der oben bereits explizierten Metabenen (→ 7.3.) werden die Ergebnisse aus den Fragebögen nun dargestellt.

8.1. Niederschwelligkeit, Hürde und Anforderungsdruck

66 Prozent der Jugendlichen gab bei 1a) an, dass es ihnen zu Beginn ganz leicht bis eher leicht gefallen ist, in die Musiktherapie zu kommen. Die Antwortmöglichkeit „teils / teils“ wurde siebenmal angekreuzt. Keiner der Befragten äußerte zu Beginn eine eher bis ganz schwere Hürde der Inanspruchnahme.

Die Antworten auf die offene Frage 1b), ob und wenn ja, warum sich die Schwelle im weiteren Verlauf des therapeutischen Prozesses verändert hat, legen eine missverständliche Frageformulierung nahe (s. auch kritische Reflexion → 10.), da sich viele Antworten eher auf individuelle und prozessuale Veränderungen durch die Musiktherapie als auf Aspekte der Hürden und des Zugangs beziehen. Dennoch lassen sich durch gleiche oder ähnliche Aussagen Kategorien bilden. Einbezogen werden dabei alle Antworten zu den ursprünglich nicht nachgefragten Veränderungen durch Musiktherapie, da dadurch Rückschlüsse gezogen und Tendenzen aufgezeigt werden können, die die Selbstoffenbarung und das „sich Einlassen“ auf die Musiktherapie betreffen und damit auf die Zugänglichkeit referieren.

Acht Jugendliche beschreiben in eigenen Worten, dass ihnen der Zugang zur Musiktherapie mit der Zeit leichter gefallen ist. Davon gaben zwei an, dass sie sich zunehmend an die Musiktherapie gewöhnt haben und zwei weitere betonen den Spielcharakter in der Musiktherapie, der eine Teilnahme erleichtert hat. Einmal wurde der zunehmend erleichterte Zugang konkret in Relation zur Gruppe gesetzt. Ohne direkten Bezug auf die Zugangshürden stellten weitere drei Jugendliche eine Verbindung zur Gruppe her, jedoch mit unterschiedlichen Konnotationen: Eine Jugendliche führte aus, dass sich „alle untereinander auch super verstanden haben“ (B 13). Eine andere lässt dagegen anfängliche Schwierigkeiten erkennen, „als wir [...] eine neue Patientin in unsere Gruppe aufgenommen haben“, woran

sie sich „nach kurzer Zeit [...] aber auch gewöhnt“ (B 1) habe. Ein weiterer Jugendlicher beschreibt das gemeinsame Musizieren in der Gruppe als „viel cooler“ (B 4).

Spaß, Freude oder angenehme Gefühle wurden von acht Jugendlichen genannt, wobei keine zeitliche Veränderung in der Zugänglichkeit beschrieben wurde. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass Jugendliche, die positive Gefühle bei musiktherapeutischen Interventionen erleben, keine hohen Hürden in der Inanspruchnahme sehen. Exemplarisch legte eine Jugendliche dar, dass sie die Musiktherapie „ein Stückchen glücklicher gemacht“ (B1) habe. Eine andere betont, dass die Musiktherapie „sehr viel Spaß gemacht [hat] und es [...] einfach entspannter [war], als [...] irgendwas anderes zu machen.“ (B18) Wichtig war offenbar auch die Veränderung und der ausschließliche Zugewinn von Selbstbewusstsein und -vertrauen durch die Musiktherapie, was insgesamt fünfmal genannt wurde.

Initiierte Selbstwahrnehmungs- und Reflexionsprozesse lassen sich in der Antwort einer Jugendlichen finden, die sich in der Musiktherapie „selber finden konnte.“ (B2) Die Antwort einer anderen Jugendlichen bezieht auch die Selbstwahrnehmung mit ein und referiert zusätzlich auf die Emotionsregulation, wenn sie schreibt: „Ja ich war ausgeglichener, da ich meine Gefühle rauslassen konnte.“ (B20)

Drei Antworten legen die „gute Ablenkung“ (B9; B10; B21) durch Musiktherapie dar. Drei weitere schrieben „nein“ (B8; B16; B19) in das Antwortfeld, womit sich, je nach Interpretation, entweder keine Veränderung in der Zugänglichkeit oder im therapeutischen Prozess entwickelt hat. Ein Jugendlicher verneint eine Veränderung in der Zugänglichkeit und begründet das damit, dass er „ja vorher schon gespielt“ (B21) habe.

8.2. Subjektive Verortung der Musiktherapie

Auf die Frage, wie Musiktherapie subjektiv erlebt wurde, setzten die meisten einen musikalischen Schwerpunkt, wobei sechs PatientInnen die Musiktherapie als reines Musik machen und zehn Jugendliche „eher

Musik“ ankreuzten. Zweimal wurde „weder noch“ und dreimal eher Therapie angegeben. Wie auch in der kritischen Reflexion (→ 10.) benannt wird, haben drei Jugendliche entweder zwei Kreuze bei „Musik“ und „Therapie“ gemacht oder schriftlich erwähnt, dass sie die Musiktherapie als „beides“ wahrgenommen haben. Eine PatientIn schreibt dazu: „Beides, die Musik hat mich therapiert.“ (B1) Mit der Antwortmöglichkeit „sowohl als auch“ (statt „weder noch“) wären vermutlich andere Ergebnisse erreicht worden, bei der eventuell noch mehr Jugendliche in der Musiktherapie eine Kombination aus Musik und Therapie gesehen hätten. Unter Berücksichtigung dieses Einwands müssen die so erhaltenen Ergebnisse, bei der die Mehrheit der Jugendlichen (76 Prozent) die Musiktherapie als (eher) Musik machen sehen, relativiert werden. Dennoch kann diese Tendenz als positives Signal gewertet werden, weil der salutogenetische Aspekt der Musiktherapie als Alternative zum Krankheits- und Behandlungsfokus einer psychiatrischen Klinik in der Musik zum Ausdruck kommt. Die Musiktherapie erscheint deshalb dafür geeignet, die Herstellung von Anschlussfähigkeit (→ 1.1.) sowie den Vertrauens- und Beziehungsaufbau zu fördern.

8.3. Motivation, Stressempfinden und Wirksamkeitseinschätzung

14 Jugendliche nahmen die Musiktherapie als eindeutige Chance für sich wahr, fünf eher als Chance. Zweimal wurde „weder noch“ genannt, als „Stress“ oder „eher Stress“ hat keineR der befragten PatientInnen die Musiktherapie empfunden, was ebenfalls auf ein hohes salutogenetisches Potential schließen lässt. Zusammen mit den Antworten auf die Frage 4), ob die Musiktherapie als hilfreich erlebt wurde, lässt sich zudem eine subjektiv hohe Wirksamkeitseinschätzung der Jugendlichen annehmen, da 14 Jugendliche Musiktherapie als hilfreich und drei als eher hilfreich bezeichneten. Viermal wurde „teils / teils“ und keinmal wenig bis gar nicht hilfreich angegeben. Bekräftigt wird dieses Ergebnis auch durch die Antworten auf die vorletzte Frage 12), ob die PatientInnen wieder in die Musiktherapie kommen würden, denn mit 20 Nennungen für „ja“ und einmal mit „eher ja“ liegt eine unmissverständliche Affirmation vor.

Beides, das Erleben von Musiktherapie als „Chance“ und als „hilfreich“ sind wichtige Voraussetzungen für die Erhöhung der Therapie- und Behandlungsmotivation der Jugendlichen, da die Effektivität mit der positiven, aber auch realistischen Beurteilung von Sinn und Wirksamkeit der Therapie einhergeht (vgl. Mössler 2014: 102, 106; Burchartz 2015: 46, 63). Als Beispiel dafür kann die Aussage einer Jugendlichen heran gezogen werden, die schreibt, dass sie „nach der Therapie viel motivierter [war], weil [...] [ihr] die Gespräche und die Musik sehr geholfen haben“ (B14). Obwohl diese Antwort auf die offene Frage 1b) gegeben wurde, ist ein konkreter Zusammenhang zur Motivation und Wirksamkeitseinschätzung gegeben.

8.4. Bedingungslose Akzeptanz und Wertschätzung

17 PatientInnen gaben an, sich vom Musiktherapeuten verstanden gefühlt zu haben und kreuzten „ja“ an. Einmal wurde „eher ja“ angegeben. Drei Jugendliche fühlten sich „teils / teils“ verstanden, von denen interessanterweise wiederum zwei auch bei der Frage 4) die Musiktherapie als nur teilweise hilfreich empfunden hatten. Die Stärke des Zusammenhangs zwischen „sich verstanden fühlen“ und dem Empfinden der Musiktherapie als „hilfreich“ kann aufgrund der niedrigen Fallzahl und der fehlenden Vergleichbarkeit der Variablen in den Ordinalskalen nicht eruiert werden. Die hohe Anzahl an PatientInnen, die auf beide Fragen eine positive Antwort gaben, lässt dennoch eine Relation erahnen.

8.5. Erwartungen an und Reflexion über die Inhalte der Musiktherapie

Unverändert, bzw. mit einer abweichenden Nennung annähernd gleich geblieben sind die Items „Musik machen“, „sich entspannen“, „sich ablenken“ sowie „Spaß / Freude haben“, womit diesbezügliche Erwartungen im Rückblick als erfüllt angesehen werden können.

Allgemein lässt sich erkennen, dass die tatsächlichen Inhalte der Musiktherapie in der Retrospektive sowohl quantitativ als auch qualitativ gegenüber den Erwartungen zu Beginn zugenommen haben.

Werden die Antworten auf die beiden Fragen 6a) nach den Erwartungen zu Beginn und der Rückblick auf die Inhalte in der Musiktherapie 6b) miteinander verglichen, so lassen sich die Ergebnisse wie folgt zusammenfassen. Für eine anschauliche Übersicht sind die Antworten in zwei Säulendiagrammen mit Hilfe einer Pivot-Tabelle dargestellt.

Die Y-Achse stellt die Anzahl der Nennungen, die X-Achse die jeweiligen Antwort-Items dar.

Abb. 1 - Erwartungen über die Inhalte zu Beginn der Musiktherapie:

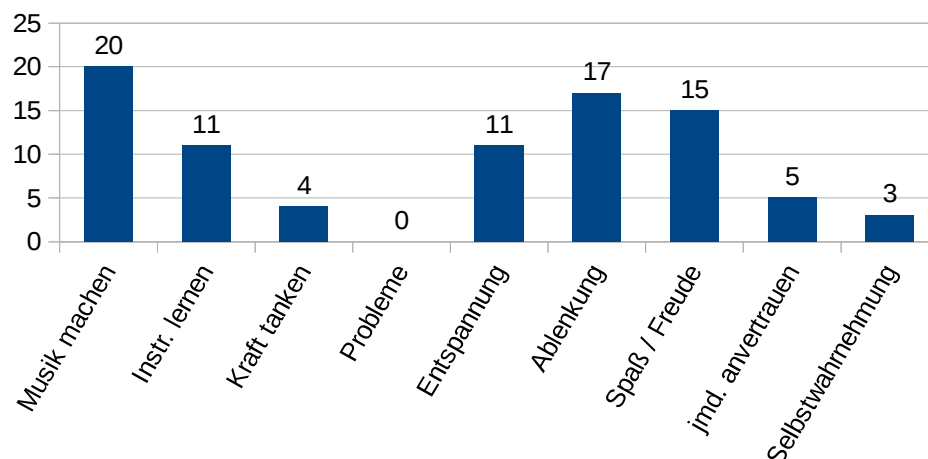
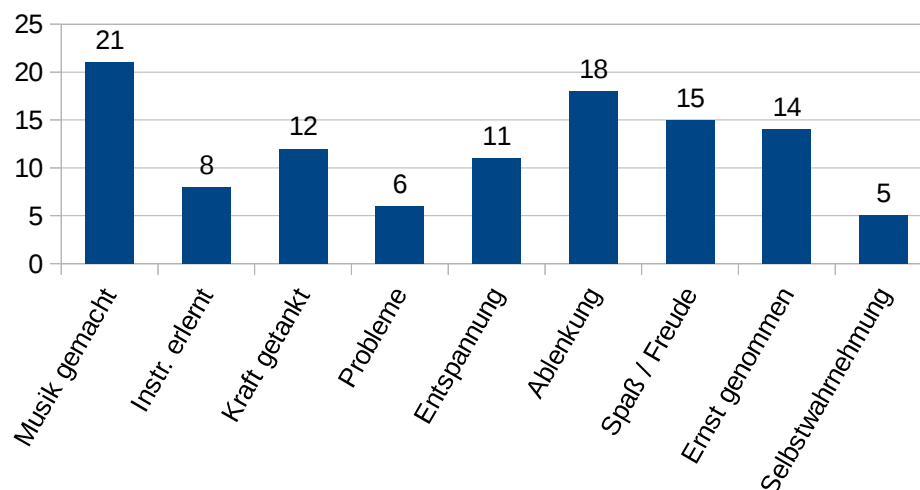


Abb. 2 - Rückblick auf die Inhalte in der Musiktherapie:



Einen deutlichen Zuwachs gab es bei folgenden Kategorien: Offenbar konnten viele Jugendliche in der Musiktherapie „Kraft tanken“, weil bei den Erwartungen viermal, im Rückblick dagegen zwölfmal dieses Item angekreuzt wurde. Auch die Variable „sich jemandem anvertrauen“, die in der Retrospektive mit „sich ernst genommen gefühlt“ übersetzt ist, wurde rückblickend neunmal öfter angegeben (von fünf auf 14 Nennungen). Gerade

diese Zunahme scheint eine Parallele zu den Fragen 4) und 5) aufzuzeigen, bei der die entgegengebrachte Wertschätzung mit dem Vertrauen in die Person des Therapeuten zusammenhängen mag.

Besonders augenfällig ist auch das Item „schwierige / unangenehme Themen bearbeiten“ (in den Abbildungen mit dem Wort „Probleme“ aufgezeigt), das als anfängliche Erwartung gar nicht, im Rückblick dagegen von knapp einem Drittel der Jugendlichen angekreuzt wurde. Dieser quantitative Zuwachs der Angaben macht deutlich, dass Schwierigkeiten sowie Krankheits- und Störungsbilder, die den Grund für den Aufenthalt in der KJP darstellen, in der Musiktherapie entgegen vorheriger Erwartungen der Jugendlichen besprochen werden. Die Verbindung mit anderen (dann auch erfüllten) Erwartungen wie „Spaß / Freude“, „Ablenkung“ und „Kraft tanken“ sowie die Bestätigung, dass Musiktherapie vom Großteil der Jugendlichen als hilfreich erlebt wird, lässt die (Teil-)Fokussierung auf Konflikte als weniger bedrohlich und ressourcenorientiert erscheinen.

Ein leichter Anstieg ist auch bei der Selbstwahrnehmung, „mein eigenes Bild von mir verändern“ (von drei auf fünf Nennungen) zu verzeichnen.

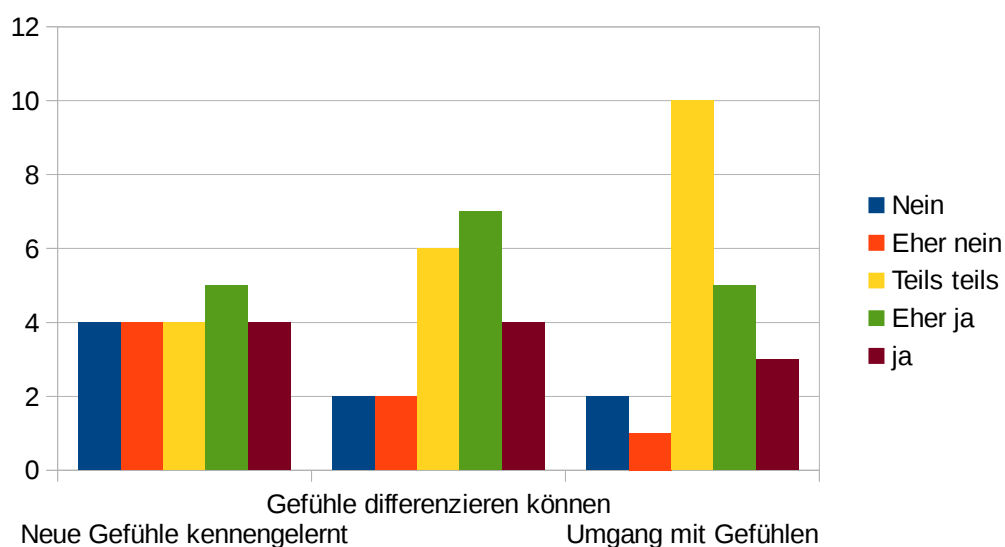
Abgenommen hat lediglich die Erwartung, ein Instrument zu erlernen, und zwar von elf auf acht Nennungen. Das lässt erahnen, dass zwar musikpädagogische Elemente im Sinne der Vermittlung von Basisspieltechniken verwendet worden sind, jedoch nicht den zentralen Punkt darstellten.

Unter den Variablen beider Fragen war jeweils ein leeres Feld gegeben, um weitere, sich nicht in der Aufzählung befindliche Inhalte hinzufügen zu können. Das nutzten vier Jugendliche: Ein Patient erwartete einen „Einblick in die Musik“ (B5) zu bekommen. Retrospektiv wurde der Zugewinn von Selbstbewusstsein (B7) sowie eine mehrere Tage andauernde Stimmungsaufhellung und mehr Selbstvertrauen (jeweils B1) angemerkt. Eine Jugendliche nahm im Vorhinein an, ihr „wahres ich zeigen“ (B18) zu können, was sie nach der Musiktherapie als bestätigt ansah.

8.6. Wahrnehmung, Differenzierung und Regulation von Emotionen

Der Anschaulichkeit halber wurde der Frageblock 7) in einer Tabelle visualisiert. Auf der X-Achse sind nacheinander die Kategorien „Neue Gefühle kennengelernt“, „Differenzierung von Emotionen“ und der „Umgang mit Gefühlen“ dargestellt. Auf der Y-Achse befindet sich die jeweilige Häufigkeit der Nennungen. Wie der Legende entnehmbar, zeigen die einzelnen Balken mittels Farbzuordnung die jeweiligen Antworten auf.

Abb. 3 - Wahrnehmung, Differenzierung und Regulation von Emotionen



Wahrnehmung neuer Emotionen

Neun PatientInnen gaben an, neue Gefühle in der Musiktherapie kennen gelernt zu haben, wobei viermal „ja, viele“ und fünfmal „eher ja“ angekreuzt wurde. Mit jeweils vier Angaben für „eher nein“ und „nein, keine“ gab es einige Jugendliche, die (eher) keine neuen Gefühle wahrgenommen haben. Viermal wurde „teils / teils“ angegeben. Wird die Stundenanzahl in Zusammenhang zur Wahrnehmung neuer Emotionen gebracht, so lässt sich eine leichte Tendenz erkennen, dass eine höhere Stundenanzahl, insbesondere ab fünf Stunden, auch eine erhöhte Wahrnehmung neuer Gefühle mit sich bringt. Dennoch gibt es auch bei zwei befragten PatientInnen, die mehr als zehn Stunden in der Musiktherapie waren, eher keine Wahrnehmung neuer Gefühle. Anzumerken sei dieser Kategorie, dass die Wahrnehmung neuer Gefühle nicht unbedingt ausschlaggebend

für einen Therapieerfolg ist, wenn eine konstruktive Auseinandersetzung mit bereits bekannten Gefühlen gelingt.

Differenzierung von Emotionen

Die bessere Differenzierung der Gefühle konnte von elf Jugendlichen (viermal „ja“, siebenmal „eher ja“) affirmiert werden. Mit sechs Nennungen zu „teils / teils“ war der Anteil ambivalenter Ansichten etwas größer als bei der vorherigen Frage, wobei vermutlich eine unterschiedliche Motivation darin besteht, Gefühle differenziert wahrnehmen zu können. Eine Jugendliche begründete ihre Antwort mit „teils / teils“ so, dass sie „vorher [...] [ihre] Gefühle auch schon unterscheiden [konnte]“ (B1). Vier PatientInnen verneinten die Fähigkeit, Emotionen jetzt besser unterscheiden zu können (jeweils zweimal „eher nein“ und „nein“).

Regulation von Emotionen

Ein ähnliches Antwortbild wie die Differenzierung ergab auch die Frage nach der veränderten Regulation von Gefühlen. So beschreiben insgesamt acht PatientInnen, dass sie nach der Musiktherapie anders mit ihren Gefühlen umgehen konnten (dreimal „ja“, fünfmal „eher ja“). Zehnmal wurde „teils / teils“ genannt und einmal „eher nein“ und zweimal „nein“ angekreuzt.

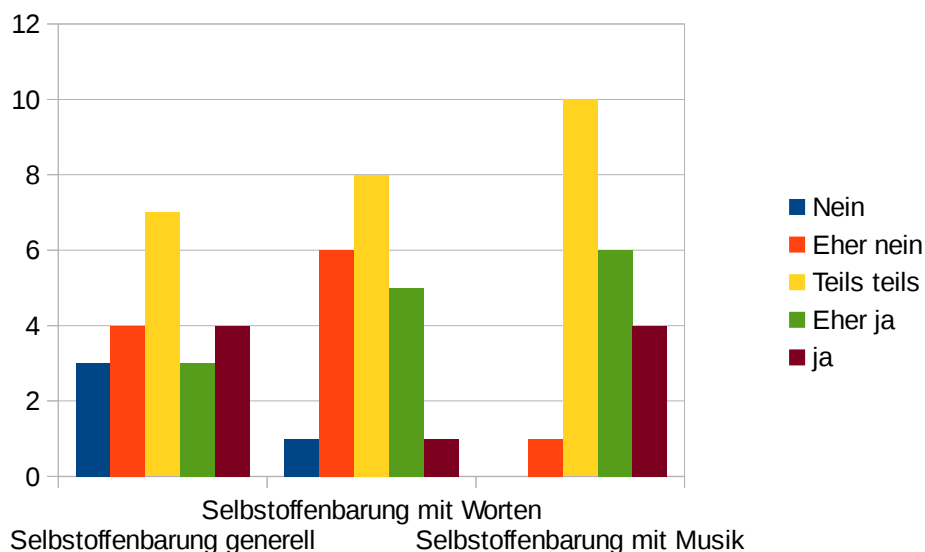
Auffallend sind hierbei sechs Fälle (B4, B5, B10, B14, B16, B17), die auf alle drei Fragen der Kategorie „Gefühle“ immer die exakt gleiche Antwort gaben, unabhängig davon, ob die Fragen (eher) bejaht oder (eher) verneint wurden. Damit stellt sich die Frage, ob bei diesen Fällen tatsächlich keine weiteren Unterschiede in den einzelnen Variablen bestanden, oder aber die Angaben generalisiert und aus Gründen des Gewohnheitseffekts oder der Bequemlichkeit so beantwortet wurden. Interessant ist ein möglicher Zusammenhang zwischen der Stundenanzahl und der Wahrnehmung, Differenzierung und Regulation von Emotionen. So haben alle eben genannten sechs Fälle unter zehn Stunden Musiktherapie erhalten. Auch wenn kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Stundenanzahl und der multivariaten Kategorie „Emotionen“ festgestellt werden

kann, so besteht dennoch die Vermutung, dass mit einer höheren Stundenanzahl und einem damit einhergehenden konfliktzentrierten und psychodynamisch tiefer gehenden therapeutischen Prozess auch der Fokus auf Emotionen einen wichtigeren Inhalt in der Musiktherapie darstellt.

8.7. Selbstoffenbarung, Kommunikations- und Ausdrucksverhalten

Um zu eruieren, wie die Befragten ihre Möglichkeiten und Hürden der Selbstoffenbarung beurteilen, wurde ein Frageblock eingefügt, der die Selbstmitteilung generell, sowie mit Worten und mit Musik erfragte. Auch dieser Fragenblock 8) kann übersichtlich mit einem Säulendiagramm dargestellt werden. Wie bei Abb. 3 stellt die Y-Achse die Häufigkeit der Nennungen dar. Auf der X-Achse ist wieder anhand der Farbzuzuordnung in der Legende die jeweilige Antwortkategorie aufgezeigt.

Abb. 4 - Selbstoffenbarung: Generell, Verbal, Musikalisch



Generelle Selbstoffenbarung

Sieben Jugendliche sprachen sich dafür aus, dass es ihnen allgemein sehr leicht (vier Nennungen) bis eher leicht (drei Nennungen) fällt, etwas von sich zu zeigen. Sieben PatientInnen kreuzten die Kategorie „teils / teils“ an, viermal wurde „eher nicht“ und dreimal „trifft nicht zu“ genannt, womit die Antworten zur generellen Selbstoffenbarung sehr breit verteilt sind und hoch individuelle Abhängigkeitsfaktoren vermuten lassen. Die häufigen An-

gaben im mittleren Antwortfeld sind mutmaßlich ein Indiz für die hohe Dependenz der Selbstoffenbarung vom sozialen Umfeld sowie der Qualität des Vertrauens und der Beziehung zu der / den Person(en), gegenüber der / denen sich die Mitteilung ereignet. Dass es vielen PatientInnen eher schwer bis schwer fällt, etwas von sich mitzuteilen, kann mit früheren Beziehungserfahrungen, der Biografie und Krankheitsbildern zusammenhängen, was durch nicht erhobene Informationen jedoch nur hypothetisch betrachtet werden kann.

Selbstoffenbarung mit Worten

Ein ähnliches Abbild wie die generelle Selbstoffenbarung ergibt der verbale Ausdruck. Einmal wurde angegeben, dass es sehr leicht und fünfmal eher leicht falle, sich mit Worten auszudrücken. Mit acht Nennungen für „teils / teils“ erscheinen persönliche Mitteilungen, wie schon unter der generellen Kategorie vermutet, von verschiedenen Faktoren abhängig und mal mehr, mal weniger gewollt und möglich zu sein. Sechs PatientInnen beurteilen das Gelingen der Selbstoffenbarung mit Worten für sich als „eher nicht“ (fünf Nennungen) und als „nicht“ (eine Nennung) zutreffend.

Selbstoffenbarung mit Musik

Sich besser mit Musik ausdrücken zu können, gaben neun Jugendliche an, wobei viermal „sehr“ und fünfmal „eher“ zutreffend angekreuzt wurde. Auch bei dieser Frage scheint mit zehn Antworten eine hohe Ambivalenz und Faktorendependenz zu bestehen, deren Ursachen unbekannt, aber wahrscheinlich höchst individuell und kontextabhängig sind. Mit lediglich einer Angabe, dass es eher schwer falle und keiner Antwort, die den musikalischen Ausdruck als gar nicht zutreffend bezeichnet, stellt für viele PatientInnen in der befragten Gruppe die Selbstoffenbarung über Musik eine tendenziell gute Ausdrucksmöglichkeit dar.

Interessant ist der Vergleich unter den Kategorien dieses Frageblocks. So gaben zehn Jugendliche an, dass ihnen die Selbstoffenbarung über Musik leichter falle als über Worte, umgekehrt ist (nur) für vier PatientInnen die verbale Selbstmitteilung leichter als die musikalische.

8.8. Partizipation und Selbstwirksamkeitserleben

Bis auf einen Fall hatten alle PatientInnen (17 mal „ja“, dreimal „eher ja“) das Gefühl, selbst entscheiden zu können, was sie in der Musiktherapie machen wollen. Einmal wurde der Aspekt der Mit- und Selbstbestimmung mit „teils / teils“ beurteilt. Somit kann davon ausgegangen werden, dass viel Spiel- und Gestaltungsraum bestand, wodurch sowohl das Selbstwirksamkeitserleben als auch die Wahrnehmung von Eigenverantwortung der Jugendlichen gefördert wurde.

8.9. Lebensweltorientierung anhand des Einsatzes elektronischer Medien

Die Frage nach der Relevanz elektronischer Medien und Instrumente ergab, im Vergleich zu den anderen Fragen, eine relativ breite Streuung bei den Antworten. Für elf Jugendliche war der Einsatz moderner Technologie wichtig (siebenmal „ja, sehr“, viermal „eher ja“). Sieben PatientInnen sahen eine mittelmäßige Bedeutsamkeit und zweimal wurde mit „eher nein“ der Stellenwert als gering angesehen. Obwohl nur eine Patientin angab, dass elektronische Medien gar keine Relevanz haben, so muss die Fragestellung dahingehend kritisch betrachtet werden, als dass die Arbeit mit YouTube, elektronischen Instrumenten und Aufnahmen in einer Frage zusammengefasst war und dadurch viele verschiedene Variablen aufwies. Die Annahme, dass moderne Medien und Technologien einen hohen Stellenwert im alltäglichen Leben Jugendlicher einnehmen, wurde mit der Fragebogengestaltung auf die Lebenswelten generell attribuiert und nicht weiter differenziert. Dennoch ist gerade in der Kombination mit der Frage nach der Partizipation in der Musiktherapie davon auszugehen, dass der Mitbestimmung ein hoher Stellenwert zukommt, auf die bei entsprechendem Bedarf und Wunsch adäquat auch mit moderner Technologie reagiert wird. Generalisiert werden kann deren Gebrauch jedoch nicht für alle Jugendlichen.

8.10. Relevanz des Musiktherapeuten vs. Spezifität des Mediums

Dieser Frageblock wurde eingesetzt, um zwischen der Person und den Beziehungsangeboten des Therapeuten und der spezifischen Relevanz des Mediums Musik differenzieren zu können. Dabei gab die Mehrzahl der Jugendlichen an, dass sie auch die Therapie besucht hätten, wenn ein anderes Medium (bspw. Sport, Kunst oder Tanz) vom Therapeuten angeboten worden wäre (neun Angaben für „Ja“, zweimal „eher ja“). Drei PatientInnen waren demgegenüber eher ambivalent und antworteten mit „teils / teils“. Für sechs Jugendliche war das Medium Musik offenbar mit ausschlaggebend für die Teilnahme an der Musiktherapie und kreuzten daher „eher nein“ an. Ein definitives „nein“ wurde einmal angegeben. Für die Frage, ob der Therapeut in der Musiktherapie dann etwas anderes als Musik angeboten hat, standen nur zwei Ausprägungen zur Verfügung, wobei mit zehnmal „ja“ und elfmal „nein“ die Antworten beinahe ausgeglichen waren.

Im Falle einer Bejahung gab es die Möglichkeit darzulegen, was angeboten und ob das als hilfreich erlebt wurde, was sich folgendermaßen zusammen fassen lässt: Viermal wurden Gespräche als Alternative gesehen, wovon drei explizit Konversationen über Probleme benannten und eine Patientin schilderte, dass „einfach nur reden (...) sehr hilfreich“ war (B16). Vier Jugendliche bezogen die Alternativen auf andere musikalische Aktivitäten innerhalb der Musiktherapie und erwähnten „Singen“ (B12), „eine CD aufnehmen“ (B9), „Klavier spielen“ (B2) und das musizieren nach einem Gespräch (vgl. B1). Gänzlich andere Angebote als Musik wurden dreimal genannt und zwar ein „Spaziergang“ (B8), sowie „Süßigkeiten [...] [essen,] wenn es ganz schlecht war“ (B14). „Fußball oder so“ (B18) wäre einer Patientin angeboten worden, wenn sie nicht lieber Musik gemacht hätte.

8.11. Vorerfahrungen mit Musik

Vorerfahrungen mit Musik bestanden mit 76 Prozent bei vielen Jugendlichen, weshalb vierzehnmal „ja“ und zweimal „eher ja“ angekreuzt wurde. Drei PatientInnen gaben „teils / teils“ an, jeweils einmal fiel eine Antwort

auf „eher nein“ und „nein“. Eindeutigere Aussagen hätten eventuell mit dichotomen Variablen erreicht werden können, denn die Antworten „teils / teils“ lassen schon Grundzüge von musikalischen Erfahrungen vermuten, die Einschätzung der eigenen musikalischen Kompetenzen unter Umständen jedoch als nicht ausreichend für eine bejahende Antwort erscheinen. Andererseits kann es sein, dass mit der Antwort „teils / teils“ musikalische Erfahrungen aus der Schule gemeint sind.

Aussagekräftiger sind dagegen die schriftlichen Antworten auf die Frage, ob musikalische Vorerfahrungen eine Rolle in der Musiktherapie gespielt haben. Insgesamt beschrieben zwölf Jugendliche, dass Vorerfahrungen für sie keine Rolle gespielt haben, sechs von ihnen führten das nicht weiter aus. Unter den restlichen sechs Antworten finden sich dafür teilweise sehr unterschiedliche Gründe: Drei der Jugendlichen erwähnen, dass in der Musiktherapie Instrumente ohne jegliche Vorkenntnisse gespielt wurden (vgl. B1), sie „alle Instrumente spielen durften“ (B14) und „ein neues Instrument gelernt“ (B20) haben. Weitere zwei Jugendliche sehen Vorkenntnisse als bedeutungslos an, weil sie die Musik als Ressource für sich entdecken konnten. Das wiederum deckt sich mit mehreren Aussagen der Neu- und Wiederentdeckung von Musik als persönlicher Ressource, die von einigen Jugendlichen ohne direkte Bezugnahme auf Vorkenntnisse angebracht wurden. So haben zwei Jugendliche „eine völlig neue Welt“ (B12) und „neue Dinge / Musik“ (B7) für sich entdecken können, ein Junge beschreibt, dass er wieder angefangen habe, für sich Gitarre zu spielen und ein Mädchen offenbart das Singen als „wichtigen Teil“ von ihr, der sie „glücklich macht“ (B13). Eine weitere Jugendliche reflektiert, dass sie „beim Schlagzeug spielen aus [...] [sich] heraus“ (B1) kam.

Für fünf PatientInnen waren Vorerfahrungen bedeutend, einmal erinnert sich jemand an Musiktherapie in einem anderen Kontext und eine andere führt Gesangserfahrungen aus der Schule an. Eine weitere Jugendliche schreibt, dass Vorerfahrungen anfangs schon eine Rolle gespielt hätten, weil sie „nie wirklich gut war“ (B6). Die anfängliche musikalische Leistungserwartung nahm jedoch ab, was sich aus ihrer Fortführung schließen lässt, dass sie „dann [...] gemerkt [...] [hat], dass es keine Rolle spielte.“

(Ebd.) Ein anderer Patient beschreibt, dass Vorerfahrungen nur deshalb bedeutend waren, weil „die Instrumentenwahl leichter für [...] [ihn] war“ (B19). Eine weitere schriftliche Antwort lautet „ja, sogar sehr“ (B9), wird aber nicht weiter begründet.

9. Feldbeobachtung: Niederschwellige Musiktherapie in der vollstationären Jugendhilfe (ISE24)

Durch das unauflösbare Dilemma der Doppelfunktion Sozialpädagoge-Musiktherapeut und teilweise sehr langen und intensiven Therapieprozessen, die dazu führten, dass die Therapien im fortgeschrittenen Prozess nicht mehr als niederschwellig zu bezeichnen waren, fiel eine Befragung der ISE-Jugendlichen aus der empirischen Untersuchung. Zudem war die für wissenschaftliches Arbeiten essentielle Objektivität durch die Trennung von Therapeut und Forscher ebenso wenig gegeben, wie die Möglichkeit einer unbefangenen Beantwortung des Fragebogens von Seiten der Jugendlichen. Daher wird in diesem Unterkapitel kurz im Sinne einer Feldbeobachtung die musikalische Arbeit mit Jugendlichen beschrieben, in der sich exemplarisch einige Schnittstellen zwischen musiktherapeutischer und -pädagogischer, sowie Sozialer Arbeit mit Musik wiederfinden lassen (→ 3.6.). Herausgestellt werden soll damit, dass Niederschwelligkeit in diesem Bereich nicht nur indiziert, sondern unerlässlich ist.

Die ISE24, Intensiv Sozialpädagogische Einzelbetreuung, ist eine niederschwellige Betreuungs- und Wohnform basierend auf den rechtlichen Grundlagen des KJHG/SGB VIII i.V.m. §§ 27, 34, 35, 35a und 41 (s. auch → 12.). Begleitet werden rund um die Uhr zehn Jugendliche, die aufgrund krisenhafter Biografien und Lebenssituationen einer hochflexiblen, betreuungsintensiven und individuell ausgerichteten Hilfe bedürfen. Neben unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen leben dort auch Jugendliche, die vor der Betreuung in Jugendpsychiatrien stationär aufgenommen waren und / oder währenddessen einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie nachgehen. Zusätzlich werden alle Familien durch eine systemische Familientherapeutin begleitet. Bei vielen wurden durch anamnestische Abklärungen psychiatrische Störungen und Krankheiten diagnostiziert, die

Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen, hyperkinetische Störungen, delinquentes und selbstverletzendes Verhalten, Alkohol- und Drogenmissbrauch u. a. umfassen. Durch die Anstellung als Sozialpädagoge und das berufsbegleitende Studieren der Musiktherapie konnte der Verfasser der vorliegenden Arbeit ein Musikangebot in einem voll inventarisierten Proberaum einrichten, um mit den Jugendlichen aus der ISE24-Maßnahme musiktherapeutisch zu arbeiten. Folgende Aspekte charakterisierten das Angebot und galten für alle Jugendlichen:

- Freiwilligkeit der Teilnahme
- persönliche oder telefonische Erinnerung und Motivationsarbeit zur Teilnahme am Musikangebot
- Individuelle Frequenz, Inhalte und Form
- Fester Rahmen in der Dauer der Einheit (eine Stunde), der Verlässlichkeit des Musiktherapeuten und der Raumgestaltung
- keine Unterbrechung oder Therapiesperre bei Nichterscheinen oder Unpünktlichkeit
- Häufig Einstieg über Musikrezeption der von den Jugendlichen mitgebrachten Musik, mit welcher der Anschluss an Gespräche und / oder ans aktive Musizieren geschaffen wurde
- Die Angebote waren von den Jugendlichen im Sinne der Selbstbestimmung und Partizipation frei wählbar zwischen musikpädagogischen Elementen (Schlagzeug, Gitarre, Bass, Klavier, Gesang / Rap, Percussion) und musiktherapeutischen Vorgehensweisen (freie und themenorientierte Improvisationen, Imagination, Familienaufstellung, Konfliktzirkel mithilfe musikalischer Darstellung etc.), wobei die Bereiche ineinander übergingen. Gespräche entstanden bei beiden Formen, wodurch ein Alltagsbezug hergestellt und Eindrücke, Erfahrungen und Reflexionsprozesse verbalisiert werden konnten.

Insbesondere die musiktherapeutischen Interventionen wurden im Sinne eines unverbindlichen Ausprobierens des im Studium erlernten Repertoires angewandt. Diese Art der Einladung und der Vermittlung des noch im Lernprozess stehenden Musiktherapeuten in Ausbildung hatte die Vorteile in sich, die Asymmetrie zwischen Therapeut und KlientIn zu reduzieren und dennoch einen sicheren Rahmen durch das Wissen über psychosoziale und psychodynamische Krisen und Prozesse im Hintergrund geben zu können. Die Übertragung selbstbestimmten und selbstverantwortlichen Handelns auf die Jugendlichen geschah durch das Herstellen intrinsischer Motivation durch die Vermittlung musikalischer Kompetenzen und des Beziehungs- und Vertrauensaufbaus, nicht durch extrinsische Motivation, die eine Belohnung für das Erscheinen oder eine Sanktion beim Fernbleiben beinhaltet hätte. Deci & Ryan (1993) bestätigten in Forschungsergebnissen, dass „die Unterstützung von Kompetenz- und Autonomieerfahrungen durch die soziale Umgebung eine wichtige Bedingung darstellt, um intrinsische Motivation herzustellen und aufrechtzuerhalten“ (ebd.: 224f, zit. n. Liechti 2009: 148f.). Häufig kam es zu Therapiesperren und -abbrüchen in begleitenden, ambulanten Psychotherapien, die erneute Misserfolgserlebnisse und Gefühle des Versagens für die Jugendlichen hervorriefen. Das Musikangebot beinhaltete keinen klar definierten therapeutischen Auftrag, wodurch die Möglichkeit bestand, ohne Zeit- und Zielvorgaben sowie ohne Erwartungsdruck niederschwellig zu arbeiten. Dieser (Frei-)Raum in Verbindung mit dem Potential der Musik Reflexionsprozesse anzuregen half dabei, die Wahrnehmung der Bedürfnisse und die Motivation zu fördern. Viele Jugendliche, die anfangs dem Musikangebot trotz Zusage fernblieben, kamen im Laufe der Zeit regelmäßig, pünktlich und äußerten von sich aus den Wunsch nach weiteren Terminen – ganz im Sinne des Titels ging das Musikangebot vom Unverbindlichen ins Verbindliche über.

10. Kritische Reflexion von Forschungsprozess und -methodik

Für weiterführende oder ähnliche Fragestellungen untersuchende Forschungen seien die Art der Erhebung und der Fragebogen folgendermaßen kritisch reflektiert und evaluiert, sowie etwaige Adaptionen erwähnt. Diese kritische Reflexion kann als eine Form systematischer Kontrolle des Forschungsprozesses dienen und ist auch als Protokoll zu verstehen, womit eine Erhöhung der „intersubjektiven Überprüfbarkeit, mithin die Objektivität der Befunde“ (Atteslander 2008: 57) intendiert wird. Zugleich sollen dadurch Artefakte vermieden und dazu beigetragen werden, „dass Forschende sich der Kontextabhängigkeit und Interpretationsoffenheit ihrer Ergebnisse bewusst bleiben.“ (Schnapp et al. 2006: 17)

Zwischen der Frage 1a) und der Frage 1b) kam bei der Auswertung der Antworten die Vermutung auf, dass die Frage 1b) nicht im Zusammenhang zur Frage 1a) gesehen, sondern eher die Worte „in der Musiktherapie [...] verändert“ betrachtet und damit nicht miteinander verknüpft wurde. Diesen Anschein macht es deshalb, weil sich viele Angaben darauf beziehen, was sich generell (durch Musiktherapie) bei der / dem PatientIn verändert hat und nicht, ob sich der *Zugang* und das darauf bezogene *subjektive Erleben* zur Musiktherapie verändert hat.

Die Frage 2) nach dem Erleben (Musik / Therapie) und die Frage 3) nach dem Empfinden von Musiktherapie (Chance / Stress) weisen bei den Antwortmöglichkeiten zwar „weder noch“, aber nicht „beides“ auf. Drei Jugendliche haben diesen Kategorienfehler benannt, indem zwei von ihnen „beides“ neben die Frage geschrieben haben und eine Jugendliche zwei Kreuze („Therapie“ und „Musik“) gemacht hat. Diese Fragen hätten entweder auf eine 6er-Skalierung ausgeweitet werden oder deren Ausprägungen statt „weder noch“ „sowohl als auch“, bzw. „beides“ heißen müssen.

Es wurde keine Frage gestellt, wie die Musiktherapie im Zusammenspiel mit anderen Therapien, insbesondere den verbalen Psychotherapieangeboten wahrgenommen wurde. Die Beforschung der ursprünglichen Annahme, den Zugang zu Psychotherapie über die Musiktherapie zu erleichtern

und zu untersuchen, ob durch die Multimodalität der Behandlung die Bereitschaft und Motivation (rein verbale) Psychotherapie in Anspruch zu nehmen erhöht wird, wurde damit außer Acht gelassen. Eine dementsprechende Fragebogensequenz hätte lauten können: „Was ist Dir leichter gefallen: die Musiktherapie oder Gespräche mit ÄrztInnen oder PsychologInnen zu führen?“ Und: „Hast Du das, was Du in der Musiktherapie als hilfreich erlebt hast, in anderen (Gesprächs-) Therapien in der Klinik anwenden, bzw. auf andere Therapien übertragen können?“. In mancher Hinsicht ist dieser Aspekt mit dem Frageblock 8), „Selbstoffenbarung, Kommunikations- und Ausdrucksverhalten“ abgedeckt, obwohl kein direkter Bezug zu verbalen Psychotherapien und ärztlichen Gesprächen besteht. Auch eine Frage nach der Annahme bzw. Zugangsschwelle zu anderen Therapien mit kreativen Medien wäre denkbar.

Im Verlauf der Erstellung des Theorieteils wurden Aspekte der Therapie- und Behandlungsmotivation immer bedeutender für die Themenstellung des Heranführens an Therapie und der Herstellung einer therapeutischen Beziehung. Aufgrund des Zeitpunkts der Fragebogenerstellung und der direkt daran anschließenden Erhebung gab es keine explizite Frage, die die Therapie- und Veränderungsmotivation zu Beginn und zum Ende der Therapie erfragt hätte. Vorstellbar wäre es, mit einer Skalierung von eins bis zehn zu erfragen: „Wie hoch war deine Motivation (jeweils zu Beginn und am Ende) in der Musiktherapie, dich in die Therapie einzubringen?“; „Wie hoch war deine Motivation mithilfe der Musiktherapie deine Probleme zu betrachten?“; Oder: „Ist deine Motivation mehr oder weniger geworden oder gleich geblieben?“. Aussagen über Anteile der Motivation können dennoch aus den Fragen 1a), 3), 6a) und 9) gezogen und dahingehend interpretiert werden.

Zusätzlich zur Frage nach dem Einsatz elektronischer Medien hätte eine konkrete Frage gestellt werden können, die das Einbringen und die Relevanz bedeutungsvoller Lieder der Jugendlichen in der Therapie thematisiert. Damit wäre eine explizite Verbindung der Metaebenen Partizipation und Lebensweltbezug erreicht worden. Zudem ist der Lebensweltbezug mit der Frage 10), nach modernen Technologien und Medien deutlich reduziert, gibt nur einen kleinen Ausschnitt wieder und attribuiert der Lebens-

welt Jugendlicher generell einen Bezug zu elektronischen Medien. Tendenzen lassen sich hierzu dennoch in den Antworten auf die Fragen 9) und 10) erkennen.

Die Frage 13a) nach den Vorerfahrungen mit Musik ist wie der Großteil der Fragen mit einer Fünfer-Skalierung versehen. Die Auswertung wäre durch dichotome Items / Ausprägungen erleichtert worden.

Forschungsergebnisse weisen einen starken Einfluss der „sozialen Erwünschtheit“ (Diekmann 2009: 447f.) auf die Beantwortung von Fragen nach. Die allgemein als positiv zu bezeichnenden Ergebnisse müssen deshalb dahingehend relativiert werden, als dass keine Antwortmöglichkeiten für „keine Angaben“ oder „weiß nicht“ gegeben war. Diese hätte eine willkürliche Beantwortung bzw. Einordnung der Antworten unter gegebene Antwortfelder reduziert. Zum anderen unterliegen möglicherweise einige Aussagen auch deshalb der Dynamik der sozialen Erwünschtheit, weil die Musiktherapeuten in der Klinik sowohl die Therapie durchführten als auch die Fragebögen austeilten und wieder einsammelten. Dadurch wurden die Jugendlichen eventuell insofern beeinflusst, als sie nicht wussten, ob der Musiktherapeut (trotz Zusage von Anonymität und Nicht-Einsicht) den Fragebogen lesen wird, und daher ihre Antworten entsprechend modifizierten, zumal in einigen Fällen die Musiktherapie noch nicht (ganz) beendet wurde.

Eine weitere kritische Betrachtung betrifft die Proportionalität der Geschlechter zwischen der Stichprobe und der Gesamtverteilung in der Klinik. Bei dem Großteil der befragten Jugendlichen handelt es sich um Patientinnen, wobei die Frage aufkommt, ob der Befragungszeitraum gemeinsam mit der Themenstellung zufälligerweise vorwiegend weibliche Jugendliche betraf. Ein weiterer Grund für die Geschlechterverteilung könnte darin liegen, dass in der Klinik womöglich tendenziell mehr weibliche Patientinnen Musiktherapie angeboten bekommen. Weitere Zusammenhänge für dieses Übergewicht konnten nicht eruiert werden. Das allgemeine Geschlechterverhältnis in der Heckscher Klinik ist mit zwei bis drei Prozentpunkten Differenz in den letzten zwei Jahren eigentlich annähernd ausgeglichen (persönl. Gespräch mit den Musiktherapeuten vom 07.06.2016 im Rückbezug auf Daten aus der Controlling-Abteilung der Klinik; Daten zur

Geschlechterverteilung in der Musiktherapie sind nicht vorhanden). Aufgrund der generell eher positiven Antworttendenz von Frauen (vgl. Bogner & Landrock 2015: 2) muss dieser Aspekt bei der verhältnismäßig positiven Beantwortung des gesamten Fragebogens berücksichtigt werden, da diese Bias auch auf Jugendliche zutrifft.

Hinsichtlich der Drop-Out-Rate ist festzuhalten, dass alle Jugendlichen, die zur Teilnahme an der Befragung eingeladen wurden, laut den Musiktherapeuten auch einen Fragebogen ausgefüllt haben. Zu vermuten ist, dass eine Drop-Out-Rate bestehen würde, wäre der Fragebogen nicht von den behandelnden Musiktherapeuten selbst, sondern beispielsweise vom Verfasser der vorliegenden Arbeit oder einer gänzlich unabhängigen Person ausgeteilt und wieder eingesammelt worden. Hierbei ist wiederum ein Zusammenhang zur Dynamik der sozialen Erwünschtheit (s. oben) wahrscheinlich. Weitere Gründe für die fehlende Drop-Out-Rate können sowohl mit den Inklusions- und Exklusionskriterien als auch mit der individuellen Vorauswahl der PatientInnen durch die Musiktherapeuten zusammenhängen. Womöglich sind dadurch Jugendliche, die eine Befragung abgelehnt hätten, aufgrund der Voreinschätzung gar nicht gefragt worden.

Sowohl die kleine Probandenzahl ($n = 21$), als auch die nicht sinnvoll interpretierbaren Abstände unter den Skalenwerten einer Ordinalskala lassen keine Korrelationen unter den Variablen zu (vgl. Diekmann 2009: 287).

Das Ein- bzw. Ausschlusskriterium, maximal 14 Stunden Musiktherapie erhalten zu haben, unterliegt einer Willkürlichkeit, die kritisch betrachtet werden kann. Legitim wäre es auch gewesen, maximal zehn Stunden als Exklusionsbedingung festzulegen, die dann etwa dem zeitlichen Kontingent der lösungsorientierten Kurzzeittherapie entsprochen hätte (s. De Shazer 2015). Zudem kann das abgefragte Item „Anzahl der Stunden“ insofern als Fehler der Fragebogengestaltung gesehen werden, weil nicht von den Jugendlichen verlangt werden kann, sich an die Anzahl der wahrgenommenen Musiktherapiestunden zu erinnern. Die Musiktherapeuten eruierten meist die Stundenanzahl im Dokumentationsverlauf und gaben das an die Ju-

gendlichen weiter, wahrten jedoch die Anonymität und kontrollierten nicht die schriftliche Antwort auf die Stundenanzahl.

Es wurde kein Pretest durchgeführt, der die eben benannten Kritikpunkte und Fehlerquellen eventuell im Vorhinein aufgedeckt und einer Modifikation und Konkretion zugänglich gemacht hätte. Weitere Funktionen von Pretests liegen in der Überprüfung der Verständlichkeit der Fragen und der Prüfung der Fragekontexte und -reihenfolge (vgl. Diekmann 2009: 485).

Generell ist die Erhebungsmethode mittels ordinalskaliertem Fragebogen dahingehend kritisch zu betrachten, als dass die Antwortabstände keine konstante und messbare Proportionalität aufweisen und insofern kaum vergleichbar sind. Damit wird eine Scheingenauigkeit propagiert, die real nicht existiert, was ein inhärentes Problem quantitativer Methoden darstellt. Mit Hilfe qualitativer Leitfadeninterviews hätten u. U. neben differenzierteren auch erweiterte Aussagen, nach Diekmann (2009) „Informationen jenseits des Spektrums der vorgelegten Antwortkategorien“ (ebd.: 438) von den Jugendlichen eingebracht und erfasst werden können, die aufgrund der Erwartungen und Vorannahmen bei der Konstruktion des Fragebogens nicht gesehen wurden. Dennoch ist „immer [...] die eigene Weltkonstruktion Angelpunkt aller Beobachtung, denn Erhebungs- und Auswertungsinstrumente enthalten notwendigerweise geronnenes Vorwissen und Erwartungen“ (Schnapp et al. 2006: 14). Bei reaktiven Erhebungsverfahren (z.B. Interview) lautet dagegen eine Prämisse, „dass dem / der Befragten genügend Raum für die selbstläufige Entfaltung des eigenen Relevanzsystems und die Strukturierung der Kommunikation gegeben wird und er / sie auch nicht antizipierte Sachverhalte seiner / ihrer Lebenspraxis und Biographie äußern kann.“ (Fabel-Lamla & Tiefel 2003: 191)

Um eine größere ProbandInnenzahl zu erhalten, die Einschränkung auf eine spezifische Klinik aufzuheben und damit eine repräsentative und generalisierbare Aussage für die Musiktherapie treffen zu können, hätte der Fragebogen an weiteren Kinder- und Jugendpsychiatrien ausgeteilt werden müssen.

Eine andere empirische Herangehensweise zur Thematik hätte mit der fallrekonstruktiven Forschung erfolgen können. Durch mehrere dichte Fallbeschreibungen, die einzelne Fälle ausführlich betrachten und mit einer „Fallstrukturhypothese“ (Hildenbrandt 1991: 260) vergleichen, werden mittels dieser Methode Kontraste herausgestellt und differenziert, um das „soziale Feld, das untersucht werden soll, möglichst umfassend zu erschließen“ (ebd.: 260) und eine Theorie zu entwickeln. Für dichte Fallbeschreibungen reichen die konzipierten Fragebögen nicht aus, da im Vorfeld diagnostische, biografische und prozessuale Informationen zu den befragten PatientInnen bewusst außer Acht gelassen wurden, die größtmögliche Kontraste und schließlich auch (Kontra-)Indikationen für niederschwellige Musiktherapie in der befragten Gruppe herausgestellt hätten. Die dafür notwendigen Informationen übersteigen jedoch auch die Einverständniserklärungen der Jugendlichen und deren Eltern, wodurch eine spätere fallrekonstruktive Erhebung und Ergänzung nicht möglich war.

C Zusammenführung, Schlussfolgerung und Ausblick

11. Beantwortung der Hypothesen

Statt einer expliziten Zusammenführung von Theorie und Empirie in einem eigenen Kapitel findet in diesem Abschnitt die Beantwortung der Hypothesen aus dem empirischen Teil unter dem Rück- und Einbezug der theoretischen Erörterungen statt. Die bereits dargelegten Hypothesen überschneiden und bedingen sich untereinander, wodurch eine klare Trennung teilweise nicht möglich ist. Mit Querverweisen soll dem / der LeserIn dabei das Nachschlagen erleichtert werden, da nicht ausführlich auf die einzelnen theoretischen Ausführungen eingegangen wird. Blickt man auf die eingangs erläuterten Umsetzungsdimensionen von Niederschwelligkeit nach Mayrhofer zurück (→ 2.1.), so lassen sich alle drei Hypothesen der inhaltlichen und sozialen Dimension, sowie dem daraufhin erweiterten Aspekt der therapeutischen Beziehung (→ 2.2.1.) zuordnen.

1. Musiktherapie schafft über den Lebensweltbezug einen leichten Zugang zu und für Jugendliche(n).

Die erste Hypothese kann anhand der theoretischen Ausführungen und der empirischen Untersuchung über Niederschwelligkeit bejaht werden.

Die Formulierung „Zugang zu und für Jugendliche“ impliziert eine Wechselseitigkeit, die sich sowohl auf den Zugang von TherapeutIn zum Jugendlichen als auch auf den Zugang von Jugendlichen zu Therapie und Musik bezieht. Einerseits lassen musikalische und verbale Äußerungen der Jugendlichen einen Einblick in die Lebenswelt und -situation und gleichzeitig die Psychodynamik des Falles für die TherapeutInnen zu, andererseits ermöglicht die Musik, die Jugendliche sonst hauptsächlich aus medialen Wirkungskreisen und der sozialen Umwelt mit Gleichaltrigen kennen und verwenden, in ihrer identitätsstärkenden und sozialisatorischen Funktion (→ 3.3.1.) einen Einbezug informeller Lebensumgebung in den musiktherapeutischen Prozess. Diese Wechselseitigkeit ermöglicht die Reduktion asymmetrischer Beziehungen in der Anerkennung der PatientInnen als ExpertInnen „ihrer“ Musik. Unterstützt wird die neu entstehende Bindung durch das gemeinsam auf die Musik gerichtete Interesse (→ 3.3.2.).

Dass 66 Prozent der befragten Jugendlichen den Zugang zur Musiktherapie als „leicht“ oder „eher leicht“ betrachten und niemand eine „(eher) schwere“ Hürde in der Inanspruchnahme sieht, ist ein weiteres Indiz, die Annahme zu bestätigen.

Zur Beantwortung dieser Hypothese können auch die Ergebnisse über die Selbstoffenbarung herangezogen werden. Selbstoffenbarung umfasst in der Zeit des Jugendalters auch eine Mitteilung über die Lebenswelt, von der aus sich Jugendliche in sozialer Interaktion und Kommunikation mit ihrer Mitwelt begreifen. Da, wie in Abb. 4 (→ 8.7.) ersichtlich, für viele der befragten Jugendlichen der musikalische Selbstausdruck leichter möglich ist als der verbale, stellt Musiktherapie unmissverständlich einen leichten Zugang für junge Menschen dar, um in Kontakt zu psychotherapeutischer Behandlung zu kommen und sich selbst offenbaren zu können.

Schließlich hatten 95 Prozent der Befragten das Gefühl, in der Musiktherapie mitbestimmen zu können, was dort gemacht wird. Diese hohe Partizipationsmöglichkeit der Jugendlichen ist ein weiterer Grund für die Bejahung dieser Hypothese. Die zitierte Metapher von Frohne-Hagemann & Pleß-Adamczyk (2005) aus dem Kapitel (→ 3.3.2.), in dem sich die AutorInnen auf das „Iso-Prinzip“ von Benenzon (1983) beziehen, kann erweitert werden: Die Jugendlichen werden nicht nur „dort abgeholt, wo sie zu Hause sind“, sie werden durch das geförderte Mitspracherecht dazu eingeladen, etwas von ihrem zu Hause, ihrer individuellen, sozialen und kulturellen Lebenswelt eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu zeigen.

2. Niederschwellige Musiktherapie ist als Heranführen an Psychotherapie zu betrachten: Musiktherapie ist in der Lage, das Interesse an Psychotherapie zu wecken und die Motivation für eine Behandlung zu fördern.

Einen offensichtlichen Unterschied zwischen den vorherigen Erwartungen der Jugendlichen und den tatsächlichen Inhalten der Musiktherapie in der Retrospektive stellen die Abbildungen 1 und 2 in der Auswertung der Fragen 6a) und 6b) (→ 8.5.) dar. Damit lässt sich eine Analogie zur inhaltlichen Umsetzungsdimension von Niederschwelligkeit (→ 2.1.3.) feststellen,

wonach die Verwendung von Musik einen „Charakter des Köderns“ (Mayrhofer 2012: 170) aufweisen kann. Wenn sich die Erwartungen, die als gedanklich abstrakte Vorstellungen bis zum Beginn der ersten Stunde vorhalten, vorrangig auf musikalische und positiv besetzte Aspekte wie „Spaß“ sowie Ich-stützende Funktionen wie „Ablenkung“ beziehen, dann kann diese Annahme als Ressource in der Musiktherapie aufgegriffen und weiter genutzt werden. Wie auch in den Abbildungen 1 und 2 ersichtlich ist, hatten die befragten Jugendlichen anfangs nicht die Erwartung, dass Probleme und Schwierigkeiten in der Musiktherapie angesprochen werden, was im Rückblick jedoch von einem Drittel der PatientInnen als Inhalt beschrieben wird. Auch die Veränderung in der Erwartung, sich jemandem anvertrauen zu können hin zur retrospektiven Ansicht, sich ernst genommen gefühlt zu haben (von fünf auf 14 Nennungen), zeugt von einer Ausweitung der Selbstoffenbarung, zunehmendem Vertrauen zum Therapeuten sowie einer hergestellten Beziehungsbasis. Dadurch scheint ein Arbeits- bzw. Therapiebündnis generiert bzw. die Bereitschaft, ein solches Bündnis einzugehen, erhöht zu sein. Für den klinischen wie auch ambulanten Bereich bedeutet das, dass Musiktherapie die Zugangshürden inhaltlich durch positiv konnotierte Vorstellungen gering halten und damit der Beginn und die Fortführung einer Therapie unterstützt werden kann.

Trotz der geringen Stundenanzahl bewerteten 90 Prozent der befragten PatientInnen die Musiktherapie als „Chance“ oder „eher als Chance“ und 80 Prozent als „hilfreich“. Der Musiktherapie gelingt es also innerhalb kurzer Zeit, eine hohe intrinsische Motivation (→ 3.3.2. & 3.3.3.) zu schaffen und Interesse an einer psychotherapeutischen Behandlung zu wecken. Dies entspricht einem wichtigen Prädiktor für ein positives Therapieergebnis (→ 8.3.). In Verbindung mit den Antworten auf die Frage 9), nach der 95 Prozent der Jugendlichen subjektiv das Gefühl hatten, die Inhalte mitbestimmen zu können, lässt das auf eine hohe Förderung des Selbstwirksamkeitserlebens schließen. Dies begünstigt die Entscheidung, weiter psycho- oder musiktherapeutische Unterstützung anzunehmen und für den therapeutischen Prozess Verantwortung zu übernehmen. Damit wird die Hypothese hiermit als bestätigt angesehen.

3. MusiktherapeutInnen verfügen über eine therapeutische Haltung, Fähigkeiten zum Beziehungsaufbau und Interventionsmöglichkeiten, die für Jugendliche den Einstieg in therapeutische Prozesse erleichtern.

Diese Hypothese kann nur teilweise bestätigt werden, da in der empirischen Untersuchung kein Vergleich zu (verbalen) Richtlinienpsychotherapien und anderen künstlerischen Therapien gezogen wurde (s. auch kritische Reflexion → 10.). Eine Analyse, ob die therapeutische Haltung und die Mittel zum Beziehungsaufbau von MusiktherapeutInnen besonders hilfreich und geeignet für den Einstieg in therapeutische Prozesse für Jugendliche ist und sich diesbezüglich signifikant von anderen Psychotherapien und kreativen Therapieverfahren unterscheidet, bleibt damit anderen Erhebungen vorbehalten. Nachgewiesenermaßen ist die therapeutische Haltung und die Vorgehensweise für das Herstellen und Gestalten von Beziehungen grundlegend und notwendig für alle Psychotherapieformen, wobei je nach psychotherapeutischer Schule und individueller Arbeitsweise der TherapeutInnen andere Schwerpunkte gesetzt werden. Die hohe Bedeutung der Funktionen der Musik, auf die die Musiktherapie in der Beziehungsgestaltung zurückgreift (→ 3.2. & 3.3.), wurde unter dem Lebensweltbezug in der Beantwortung der ersten Hypothese subsumiert.

Das Verfügen über musiktherapeutische Interventionen, die eine Inanspruchnahme und Fortführung der Therapie erleichtern (→ 3.4.), kann dagegen sehr wohl affirmiert und durch die Verwendung des Mediums Musik als einzig der Musiktherapie innewohnendes Spezifikum bezeichnet werden.

Welche musiktherapeutischen Vorgehensweisen sich im Detail für die Arbeit mit Jugendlichen unter einer niederschwelligen Ausrichtung eignen, wurde nicht erhoben. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich die Interventionen, die von den Musiktherapeuten mit den befragten PatientInnen verwendet wurden, unter die Erweiterung der zwölf niedrigschwelligen Wege nach Baer und Frick-Baer (2009; s. auch → 3.4.2.) fassen lassen.

12. Finanzielle und berufspolitische Dimensionen für die Musiktherapie

Mit dem Konzept der Niederschwelligkeit eröffnen sich berufspolitische und finanzierungstechnische Chancen für die Musiktherapie, die nun aufgezeigt werden sollen. Musiktherapeutische Organisationen in Form von Berufs- und Fachverbänden sowie anderen Vereinigungen (dazu ausführlich Schirmer & Wolfram 2009: 88f) streben nach einem eigenständigen Berufsgesetz, um mit einem gesetzlichen Berufsschutz u. a. Einfluss auf die psychotherapeutische Gesetzgebung und Lobbyarbeit zu erlangen. Damit einhergehend finden Legitimierungsversuche für die Krankenhilfe durch Musiktherapie in erster Linie gegenüber den Krankenkassen nach dem SGB V statt. Im Jahr 2004 wurde Musiktherapie durch den gemeinsamen Bundesausschuss „in der vertragsärztlichen Versorgung als nicht verordnungsfähiges Heilmittel“ (Flach 2009: 466) benannt, wodurch die Kostenübernahme ambulanter Musiktherapie von den Krankenkassen nach wie vor abgelehnt wird. Musiktherapie im stationären Bereich kann durch den Einschluss in interdisziplinäre Therapiemodelle über Tagespauschalen abgerechnet werden (vgl. ebd.: 467).

Das Argumentieren mit Konzeptionen der Niederschwelligkeit kann deshalb von Bedeutung sein, weil das Sozialrecht den Begriff kennt und in mehreren Gesetzen verankert hat. Ein Beispiel, in dem eine Anbindung der Musiktherapie teilweise bereits stattgefunden hat, ist der „Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten (...) und Versorgungsstrukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige“ (§ 45c SGB XI; vgl. auch Flach 2009: 467). Mit dem SGB VIII kann die Musiktherapie im ambulanten Setting gerade auch für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen gesetzliche Interpretationsspielräume nutzen, die eine finanzielle Förderung u. a. über die im Sozialrecht verankerten Säulen der sozialen Förderung und der sozialen Hilfe vorsehen. Grundsätzlich sieht die Gesetzgebung nach einem Förder- und Fördermodell Hilfen für junge Menschen vor, „die zum Ausgleich sozialer Benachteiligungen oder zur Überwindung individueller Beeinträchtigungen in erhöhtem Maße auf Unterstützung angewiesen sind“ (§ 13 SGB VIII, Abs. 1). Dabei wird jedoch häufig auf übergeordnete, an einem „Normalitätsmodell“ (Oehme 2011: 22) orien-

tierte Zielvorstellungen referiert, die die „schulische und berufliche Ausbildung, Eingliederung in die Arbeitswelt und (...) soziale Integration“ (§ 13 SGB VIII, Abs. 1) der Kinder und Jugendlichen betreffen. Das widerspricht insofern Konzepten der Niederschwelligkeit, als Perspektiven nicht aus dem „Normalitätsmodell“ abgeleitet, sondern aus der individuellen Situation und den Bedürfnissen der Jugendlichen gemeinsam erarbeitet werden sollten (vgl. Oehme 2011: 22). Laut dem Autor sind Förderungen nach dem § 13 SGB VIII darüber hinaus „stark abhängig von lokalpolitischen Orientierungen und den kommunalen Budgets.“ (Ebd.: 8)

Eine andere Option besteht mit der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII), die ambulante, teilstationäre und vollstationäre Angebote umfasst. Dadurch können „nach Maßgabe des Hilfeplans unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts“ (§ 36a, Abs. 1, SGB VIII) über Vereinbarungen zwischen dem Träger der Jugendhilfe und dem Leistungserbringer (meist das Jugendamt) die Kosten für Hilfen erstattet werden. Das bedeutet, dass Kinder oder Jugendliche, deren Hilfsbedürftigkeit im Sinne der Bedrohung von oder tatsächlichen „Abweichung der seelischen Gesundheit“ (§ 35a, Abs. 1, Satz 1, Nr. 1 SGB VIII) über ein psychiatrisches oder psychotherapeutisches Gutachten diagnostiziert wurde, auch über das Jugendamt bezahlte, ambulante Musiktherapie erhalten können, sofern das als gemeinsam erarbeitete „Maßnahme“ in einem Hilfeplangespräch und -protokoll festgehalten wird. Dazu soll, im Sinne der Steuerungsverantwortung, „der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die niedrigschwellige unmittelbare Inanspruchnahme von ambulanten Hilfen (...) zulassen“ (§ 36a SGB VIII, Abs. 2), wenn die Eltern dem Erziehungsauftrag nicht nachkommen (können). Darüber hinaus ist mit den Hilfen zur Erziehung (§ 27 SGB VIII) ausdrücklich „die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen“ erfasst, die zur Entwicklung von jungen Menschen „geeignet und notwendig“ sind (ebd.). Voraussetzung für die in diesem Textabschnitt aufgeführten gesetzlichen Rahmenbedingungen ist allerdings auch, dass der / die „SachbearbeiterIn“ (diese Stellenbezeichnung trifft für Verwaltungskräfte und SozialarbeiterInnen zu, die im Jugendamt angestellt sind) von der Indikation und Wirksamkeit der Musiktherapie überzeugt ist / werden kann.

Der bereits mehrfach erwähnte Autor Oehme verfasste eine „Handreichung für die Praxis zur Ausgestaltung niedrigschwelliger Projekte in der Jugendsozialarbeit“ (2011). Darin sind praktische Tipps und Herangehensweisen sowie gesetzliche und finanzielle Grundlagen für die Implementierung niederschwelliger Angebote ausführlich zusammengefasst. Den Schwerpunkt dieser Konzeption bilden Arbeits-, Beschäftigungs- und Bildungsprojekte, auch unter Einbezug von SGB II und III, denn „häufig lassen sich niedrigschwellige Beschäftigungsprojekte nur durch eine geschickte Kombination verschiedener Förderungen bzw. durch die Einlagerung in einen laufenden „Betrieb“ (etwa eines soziokulturellen Zentrums (...) u. ä.) finanzieren, wovon auch das inhaltliche Konzept durchaus profitieren kann“ (ebd.: 14). Für die Musiktherapie kann die Anstellung in Beschäftigungs- und Arbeitsprojekten durchaus neue Stellen offenlegen, denn „die Arbeit im Projekt dient vor allem pädagogischen bzw. therapeutischen Zwecken, sie wird nach diesen Gesichtspunkten und nicht in Hinblick auf die Bedingungen am Arbeitsmarkt konzipiert“ (Muche et al. 2010: 74). Schließlich konstatiert Oehme (2011) bezüglich des Aufbaus niederschwelliger Angebote im Hinblick auf bestehende Arbeits- und Beschäftigungsprojekte: „Es geht nicht nur darum, den vorhandenen Arbeitsmarkt der Region zu bedienen, sondern gerade Felder zu erschließen, die der Markt nicht aufgreifen kann“ (ebd.: 9). Mit letzterem Satz wird genau der Kern der Niederschwelligkeit getroffen, deren Stärke darin liegt, durch hohe Fachlichkeit und Einsatzbereitschaft Anschlussmöglichkeiten für Menschen zu etablieren, die von konventionellen Angeboten nicht erreicht werden können. Dass auf dem „Markt“ Bedarf an ambulanten musiktherapeutischen Angeboten für Jugendliche besteht, im Besonderen in Einrichtungen mit voll- und teilstationären Wohnformen, deckt sich mit der Darstellung von Orlovius (2007). Sowohl Jugendliche selbst, die im Rahmen des Aufenthalts in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einer nachfolgenden vollstationären, sozialtherapeutischen Wohnform Musiktherapie wahrgenommen haben, als auch sozialpädagogische Einrichtungen fragen häufig nach einer Fort- oder Einführung ambulanter Musiktherapie (vgl. ebd.: 90, 91).

Dieses Kapitel abschließend sei gesagt, dass in der Kooperation, Koordination und der kontinuierlichen Kommunikation zwischen MusiktherapeutInnen und Organisationen bzw. dem Personal sozialpädagogischer Einrichtungen sowie deren Leistungsträgern ein noch nicht voll ausgeschöpftes Potential liegt. Über ein gemeinsames Verständnis von Niederschwelligkeit kann gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen und Kernproblemen wie Stigmatisierung und Marginalisierung, Integration und Inklusion und auch diesbezüglichen Versorgungslücken konstruktiv begegnet werden.

13. Schlussbetrachtung

Mit dieser Masterarbeit konnte die Relevanz von Niederschwelligkeit in der Musiktherapie mit Jugendlichen begründet werden, da einerseits Musiktherapie per se niedrige Schwellen durch den Lebensweltbezug und die für viele Menschen subjektiv hohe Bedeutsamkeit des Mediums aufweist und zum anderen professionelle Musiktherapeuten die Kontaktaufnahme, musiktherapeutische Interventionen und den Beziehungs- und Vertrauensaufbau so gestalten und modifizieren können, dass die Hürden der Inanspruchnahme mit dem Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse, Ressourcen und Problemstellungen der jugendlichen PatientInnen deutlich reduziert werden können.

Durch das Potential, die jungen Menschen in ihrer Sprache zu hören und in ihrer Lebenswelt „abzuholen“, ist Musiktherapie in besonderem Maße dafür geeignet, einen Zugang zu Jugendlichen zu finden. Eine der Ursprungsformen und -funktionen der Musiktherapie, nonverbale Kommunikations- und Ausdrucksformen für Menschen mit Behinderung zu eröffnen, kann auf die therapeutische Arbeit mit Menschen übertragen werden, die mit konventioneller, verbaler Therapie nicht erreicht werden können, weil eine rein verbale Bearbeitung gerade zu Beginn der Therapie überfordernd und / oder bedrohlich erscheint. Dass in der empirischen Befragung der Großteil der Jugendlichen die Musiktherapie als hilfreich und leicht zugänglich erlebt sowie sich von ihrem Musiktherapeuten verstanden gefühlt haben, kann als Anzeichen dafür gelten, dass über einen niederschwelli-

gen Zugang in der Musiktherapie Impulse gesetzt werden können, die eine konstruktive Behandlungsbasis schaffen, motivierend auf die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie sowie Krankheits- und Störungsbildern wirken und zu einem anderen, erweiterten Verständnis von Gesundheit beitragen.

Einhergehend mit den Forderungen und Empfehlungen psychotherapeutischer Fachverbände nach einem Ausbau niederschwelliger psychotherapeutischer Versorgungsstrukturen (→ 5.) kann argumentiert werden, dass die Finanzierung von niederschwelliger Musiktherapie für das Gesundheitssystem aus verschiedenen Gründen besonders interessant und profitabel erscheint. So kann Musiktherapie sowohl präventiv im Sinne der Anbahnung für das Hilfeersuchen und der Herstellung von psychotherapeutischen Anschlussmöglichkeiten wirken als auch kurativ eingesetzt werden, um bei zunehmender Behandlungs- und Therapiemotivation an entsprechenden Störungs- und Krankheitsbildern zu arbeiten. Um spezifisches Wissen über eine Ergänzung von Musik- und verbalen Psychotherapien zu erhalten und eingehender zu untersuchen, ob, wie und wann der Musiktherapie die Herstellung eines Therapiebündnisses nachhaltiger gelingt als den Richtlinientherapien, sind genauere Erforschungen des Feldes notwendig. Mit dem vorliegenden empirischen Studiendesign konnten niederschwellige Perspektiven, Erfahrungen und Eindrücke von Jugendlichen im Sinne einer Pilotstudie aufbereitet und der Untersuchung zugänglich gemacht werden. Institutionelle Einflussfaktoren wie zeitliche, räumliche und den therapeutischen Auftrag der Institution betreffende Aspekte, die im theoretischen Teil über die Umsetzungsdimensionen von Niederschwelligkeit aufgeführt sind, ließen sich dagegen nur begrenzt beleuchten. Dennoch eröffnen sich dadurch weitere interessante Forschungsfelder für die Musiktherapie.

Bedeutend sowohl für das Gesundheitssystem als auch das Berufsbild der Musiktherapie ist die (historisch und konzeptuell) eng mit Niederschwelligkeit verknüpfte Vernetzungsarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen (s. auch → 4.). Niederschwelligkeit kann auch eine generalisierende Abklärung implizieren, die ein Bewusstsein über die Fähigkeiten, aber

auch Grenzen des eigenen therapeutischen Handelns voraussetzt. Gerade im ambulanten Bereich können MusiktherapeutInnen mit ihrem fundierten psychologischen und psychotherapeutischen, medizinischen und spezifisch musiktherapeutischen Handlungswissen einerseits therapeutisch arbeiten, andererseits aber auch erkennen, wenn die eigenen Kompetenzen überschritten werden und ob eine Überweisung an andere Institutionen sinnvoll und notwendig ist. Diese Weitervermittlung kann mit Hilfe des breiten Wissens von MusiktherapeutInnen fachlich fundierte Informationen beinhalten, wo im spezifischen Fall psychotherapeutisch noch mehr getan werden kann / muss / sollte.

Im Rückblick auf die theoretischen Erörterungen (A) und den empirischen Teil (B) lassen sich der Niederschwelligkeit für die Musiktherapie zwei Stränge zuordnen: Ein Strang umfasst (unter Berücksichtigung der gemeinwesenorientierten Sozialen Arbeit → 1.2. und den Konzepten der Community Music Therapy → 4.) Angebote, die ihre Zugangshürden für eine Inanspruchnahme deshalb niedrig hält, um grundsätzlich alle Menschen eines sozialen Raums oder einer Institution als Zielgruppe einzubeziehen. Der andere Strang versucht mit spezifischeren musiktherapeutischen Interventionen Beziehungsangebote und Anschlussmöglichkeiten für einzelne Individuen zu schaffen, für die eine Richtlinienpsychotherapie überfordernd wirkt. Damit kann weiteren Misserfolgserlebnissen vorgebeugt werden. Somit kann aus einer anfänglichen Unverbindlichkeit, die Entscheidung und Verantwortung für eine Richtlinienpsychotherapie (noch) nicht zu treffen bzw. übernehmen zu müssen, eine Verbindlichkeit, in der die Entscheidungskompetenz und Verantwortung dafür wahrgenommen wird, entstehen.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- AINSWORTH, Mary (2009) [1974]: Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In: Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2009) (Hrsg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 414 – S. 421.
- ANSDALL, Gary & PAVLICEVIC Mercedes (Hrsg.) (2004): Community Music Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers.
- ANTONOVSKY, Aaron (1979): Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- ANTONOVSKY, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.
- ATTESLANDER, Peter (2008): Methoden der empirischen Sozialforschung. 12. Auflage. Berlin: Schmidt.
- BAER, Udo & FRICK-BAER, Gabriele (2009): Klingen, um in sich zu wohnen. Methoden und Modelle leiborientierter Musiktherapie. Band 2: Von den Klängen der Stille bis zum musikalischen Sharing. Fachbücher Therapie kreativ; 3.2.. Neukirchen-Vluyn: Affenkönig.
- BAUER, Marianne & ITO, Sayuri (2015): Musiktherapie im tiefenpsychologischen Setting. Strukturbezogene Musiktherapie im Rahmen klinischer Komplexbehandlung. In: Wöller & Kruse (Hrsg.): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. Stuttgart: Schattauer, S. 484-502.
- BIESEL, Kai (2007): Sozialräumliche Soziale Arbeit. Historische, theoretische und programmatische Fundierungen. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- BOMMES, Michael & SCHERR, Albert (2000): Soziologie der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in Formen und Funktionen organisierter Hilfe. Weinheim / München: Juventa.
- BOULET, Jaak; KRAUSS, Jürgen & OELSCHLÄGEL, Dieter (1980): Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip. Eine Grundlegung. Bielefeld: AJZ Verlag und Druck.
- BOWLBY, John & AINSWORTH, Mary (2001): Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. München / Basel: Reinhardt.
- BOWLBY, John (2008): Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. München / Basel: Reinhardt.
- BROWN, George W. & HARRIS, Tirril (1978): Social origins of depression. A study of psychiatric disorder in women. London: Tavistock.
- BÜHRING, Petra (2012): Mehr niedrigschwellige Therapie nötig. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 4/2012. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

- BURCHARTZ, Arne (2015): Psychodynamische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Das tiefenpsychologisch fundierte Verfahren: Basiswissen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- DECKER-VOIGT, Hans-Helmut (1983): Zur Ablösung der Musiktherapie von der Musikpädagogik – eine Zustandsbeschreibung. In: Decker-Voigt, H.-H. (Hrsg.): Handbuch Musiktherapie. Funktionsfelder, Verfahren und interdisziplinäre Verflechtung. Lilienthal: Eres, S. 21-32.
- DECKER-VOIGT, Hans-Helmut (2008a): Pubertät (12-16): „Weder Fisch noch Fleisch“. In: Decker-Voigt, H.-H. / Oberegelsbacher, D. / Timmermann, T. (2008): Lehrbuch Musiktherapie. München: Reinhardt, S. 202-225.
- DECKER-VOIGT, Hans-Helmut (2008b): Das Instrumentarium: Streicheln und Ermorden – Musikinstrumente: ihr Appell, ihre Symbolik. In: Decker-Voigt, H.-H. / Oberegelsbacher, D. / Timmermann, T. (2008): Lehrbuch Musiktherapie. München: Ernst-Reinhardt, S. 47-52.
- DESHAZER, Steve (2015): Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- DIEKMANN, Andreas (2009): Empirische Sozialforschung. Grundlagen Methoden Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- DÖRNER, Klaus & PLOG, Ursula (1996): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie / Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- ENGEL, George L. (2011): Schmerz umfassend verstehen: Der biopsychosoziale Ansatz zeigt den Weg. Bern: Huber.
- ENGELKE, Ernst (2002): Theorien der Sozialen Arbeit: Eine Einführung. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- ERHARDT, Ingrid (2014): Feinfühligkeit im therapeutischen Handeln in der Musiktherapie. In: Musiktherapeutische Umschau, September 2014, Vol. 35, Issue 3, S. 183-191.
- FABEL-LAMLA, Melanie & TIEFEL, Sandra (2003): Fallrekonstruktionen in Forschung und Praxis – Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS) 4. Jg., Heft 2/2003, S. 189-198.
- FINKEL, Klaus (Hrsg.) (1979): Handbuch Musik und Sozialpädagogik. Regensburg: Gustav Bosse.
- FLACH, Stefan (2009): Sozialrecht in der Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H. & Weymann, E. (Hrsg.) (2009): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 465-468.
- FROHNE-HAGEMANN, Isabelle (1996): Integrative Musiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H. & Weymann, E. (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 150-154.

- FROHNE-HAGEMANN, Isabelle & PLESS-ADAMCZYK, Heino (2005): Indikation Musiktherapie bei psychischen Problemen im Kindes- und Jugendalter. Musiktherapeutische Diagnostik und Manual nach ICD-10. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- FROHNE-HAGEMANN, Isabelle (2009): Rhythmisches Prinzip. In: Decker-Voigt, H.-H. & Weymann, E. (Hrsg.) Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 416-418.
- GLOMB, Sina (2012): Emotionale Einstellungen von MusiktherapeutInnen zu mitgebrachter Musik von Jugendlichen in der Einzelmusiktherapie. Masterarbeit an der Fachhochschule Magdeburg-Stendal.
- GROSSMANN, Karin & GROSSMANN, Klaus E. (2004): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- HAFFA-SCHMIDT, Ulrike; MOREAU, Dorothee von, WÖLFL, Andreas (Hrsg.) (1999): Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen. Grundlagen und Praxisfelder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- HARTOGH, Theo & WICKEL, Hans Hermann (Hrsg.) (2004): Handbuch Musik in der Sozialen Arbeit. Weinheim / München: Juventa.
- HÖHMANN, Ulrike (2009): Appelle und Appellwirkung von Musikinstrumenten. In: Decker-Voigt, H.-H. & Weymann, E. (Hrsg.) (2009): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 42-45.
- JÄGER, Jutta & KUCKHERMANN, Ralf (Hrsg.) (2004): Ästhetische Praxis in der Sozialen Arbeit. Wahrnehmung, Gestaltung und Kommunikation. Weinheim / München: Juventa.
- JOSTIES, Elke & HILL, Burkhard (Hrsg.) (2007): Jugend, Musik und Soziale Arbeit. Anregungen für die sozialpädagogische Praxis. Weinheim / München: Juventa.
- KAPTEINA, Hartmuth; SCHREIBER, Bettina & KLUG, Hans Dieter (2004): Musik in der stadtteilorientierten Sozialen Kulturarbeit. In: Handbuch Musik in der Sozialen Arbeit. Weinheim / München: Juventa, S. 415-426.
- KATZ-BERNSTEIN, Nitza (1996): Das Konzept des „Safe-Place“ - ein Beitrag zur Praxeologie integrativer Kinderpsychotherapie. In: Metzmacher, G. / Petzold, H. / Zaepfel, H. (Hrsg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie. Band 2. Paderborn: Junfermann, S. 111-141.
- KIRESUK, Thomas J. / SMITH, Aaron / CARDILLO, Joseph E. (2014): Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement. New York / London: Psychology Press.
- KLAR, Sabine & TRINKL, Lika (Hrsg.) (2015): Diagnose: Besonderheit. Systemische Psychotherapie an den Rändern der Norm. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- LENGFELD, Holger (2007): Organisierte Ungleichheit. Wie Organisationen Lebenschancen beeinflussen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- LIECHTI, Jürg (2009): Dann komm ich halt, sag aber nichts. Motivierung Jugendlicher in Therapie und Beratung. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- LUTZ HOCHREUTENER, Sandra (2009): Spiel – Musik – Therapie. Methoden der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe.
- LUHMANN, Niklas (1999) [1997]: Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- MAASS, Olaf (2009): Die Soziale Arbeit als Funktionssystem der Gesellschaft. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.
- MAHNS, Wolfgang (2004): Symbolbildung in der analytischen Kindermusiktherapie. Eine qualitative Studie über die Bedeutung der musikalischen Improvisation in der Musiktherapie mit Schulkindern. Münster: LIT.
- MASLOW, Abraham H. (1981) [1954]: Motivation und Persönlichkeit. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- MASTNAK, Wolfgang (2009): Musikpädagogik – Musiktherapie, Berührung. In: Decker-Voigt, H.-H. & Weymann, E. (Hrsg.) (2009): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 311-316.
- MAYRHOFER, Hemma (2012): Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit. Funktionen und Formen aus soziologischer Perspektive. Wiesbaden: Springer.
- MERTEN, Roland (2005): Soziale Arbeit aus einer (erweiterten) Perspektive der Systemtheorie Niklas Luhmanns. In: Hollstein-Brinkmann, H. (Hrsg.): Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 35-62.
- MOREAU, Dorothee von (1999): Jugendliche Identitätsbildung aus entwicklungspsychologischer Perspektive. In: Haffa-Schmidt, U.; Von Moreau, D.; Wölfl, A. (Hrsg.): Musiktherapie mit psychisch kranken Jugendlichen. Grundlagen und Praxisfelder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 20-25.
- MÖSSLER, Karin (2014): Spezifische und unspezifische Wirkfaktoren in der Musiktherapie. In: Stegemann, T. & E. Fitzthum, E. (Hrsg.): Wiener Ringvorlesung Musiktherapie: Grundlagen und Anwendungsfelder der Musiktherapie – ein Kurzlehrbuch. Wien: Praesens, S. 97-109.
- MÜNCH, Thomas (2002): Musik, Medien und Entwicklung im Jugendalter. In: Müller, R. / Glogner, P. / Rhein, S. / Heim, J. (Hrsg.): Wozu Jugendliche Musik und Medien gebrauchen. Jugendliche Identität und musikalische Geschmacksbildung. Weinheim: Juventa, S. 70-83.
- OBEREGLSBACHER, Dorothea (2008): Adoleszenz (16-28). Theoriebildung. In: Decker-Voigt, H.-H. / Oberegelsbacher, D. / Timmermann, T. (2008): Lehrbuch Musiktherapie. München: Reinhardt, S. 226-239.
- OELSCHLÄGEL, Dieter (1994): Zum Stand der aktuellen Fachdiskussion in der Gemeinwesenarbeit. Zum aktuellen Stand fachwissenschaftlicher Diskussion in der sozial-kulturellen und in der Gemeinwesenarbeit. Dinslaken: Verband für sozial-kulturelle Arbeit e. V..

- OERTER, Ralf & MONTADA, Leo (Hrsg.) (1987): Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch. München / Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- ORLOVIUS, Axel-Helge (2007): Musikprojekte zwischen Therapie und Sozialpädagogik. In: Josties, E. & Hill, B. (Hrsg.) (2007): Jugend, Musik und Soziale Arbeit. Anregungen für die sozialpädagogische Praxis. Weinheim / München: Juventa, S. 77-92.
- PAVLICEVIC, Mercedes (2004): Learning from Thembaletu: Towards Responsive and Responsible Practice in Community Music Therapy. In: Ansdell, G. & Pavlicevic, M. (2004): Community Music Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers, S. 35-47.
- PETERS, Gisela (2009): Musiktherapie an Musikschulen. In: Decker-Voigt, H.-H. & Weymann, E. (Hrsg.) (2009): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 322-325.
- PETERSEN, Peter (2009): Beziehung Patient – Therapeut. In: Decker-Voigt, H.-H. & Weymann, E. (Hrsg.) (2009): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 104-107.
- PLAHL, Christine & KOCH-TEMMING, Hedwig (2005): Musiktherapie mit Kindern. Bern: Huber.
- PLEINER, Günter (2004): Musikmobile. Rock- und Hip-Hop-Mobile, So- und trucks, Jamliner. In: Hartogh, T. & Wickel, H. H. (Hrsg.) (2004): Handbuch Musik in der Sozialen Arbeit. Weinheim / München: Juventa, S. 197-210.
- REINER, Cordula & SCHAFFT, Ulrike (2003): Ambulante Musiktherapie an Musikschulen. In: Musiktherapeutische Umschau. Band 24, Nr. 1., S. 19-25.
- RIEGER, Gerd (2006): Musiktherapie und Gemeinwesenarbeit. In: Musiktherapeutische Umschau. Band 27, Nr. 3., S. 235-244.
- ROISCH, Henrike / FRICKER, Stefanie / REUM, Silvia / WESTPHÄLING, David / ZERBE, Julia / WÖLFL, Andreas (2016): TrommelPower mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (umF). Interner Studienbericht des Freien Musikzentrums München e. V..
- ROGERS, Carl (2000) [1961]: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- ROGERS, Carl (2000): Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Frankfurt am Main: Fischer.
- SCHIRBER, Christine (2009): Behandlungszufriedenheit und Befindlichkeitsveränderung bei Kindern und Jugendlichen im Verlauf einer musiktherapeutischen Behandlung. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm.
- SCHIRMER, Hanna & WOLFRAM, Ilse (2009): Berufsständische Organisationen der Musiktherapeuten / -innen. In: Decker-Voigt, H.-H. & Weymann, E. (Hrsg.) (2009): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 88-98.

- SCHWAIBLMAIR, Frauke (2005): Community Music Therapy. Musiktherapeutische Umschau. Band 26, Nr. 2, S. 178.
- SCHUMACHER, Karin / CALVET, Claudine / REIMER, Silke (2011): Das EBQ-Instrument und seine entwicklungspsychologischen Grundlagen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SEIDEL, Almut (2005): Soziale Kulturarbeit am Beispiel Musik. Regensburg: Gustav Bosse Verlag.
- SIMON, Christine (2013): Community Music Therapy – Musik stiftet Gemeinschaft. Heilsame Wege in einer sich wandelnden Kultur. Klein Jasedow: Drachen Verlag.
- SONNENMOSER, Marion (2011): Schnelle und niederschwellige Erstversorgung. Psychotherapie in Europa: Niederlande. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 12/2011. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- STAHR, Kathrin & STEGEMANN, Thomas (2014): Die Bedeutung der Erwartungshaltung des Therapeuten für den musiktherapeutischen Prozess – Ergebnisse von Experteninterviews. In: Musiktherapeutische Umschau. Band 35, Nr. 4, S. 275-286.
- STEGEMANN, Thomas (2009): Kindermusiktherapie. In: Decker-Voigt, H.-H. & Weymann, E. (Hrsg.): Lexikon Musiktherapie. Göttingen: Hogrefe, S. 228-233.
- STERN, Daniel (1992) [1985]: Die Lebenserfahrung des Säuglings. Originaltitel: The Interpersonal World of the Infant. New York. Stuttgart: Klett-Cotta.
- STIGE, Brynjulf (2002b): Culture-Centered Music Therapy. Gilsum: Barcelona Publishers.
- TIMMERMANN, Tonius (2004): Tiefenpsychologisch orientierte Musiktherapie. Wiesbaden: Reichert.
- TIMMERMANN, Tonius (2008a): Improvisation. In: Decker-Voigt, H.-H. / Oberegelsbacher, D. / Timmermann, T.: Lehrbuch Musiktherapie. München: Reinhardt, S. 64-67.
- TIMMERMANN, Tonius (2008b): Musikpädagogik und Musiktherapie – Schnittfelder und Grenzen. In: Busch, B. (Hrsg.): Einfach musizieren!? Studentexte zur Instrumentalpädagogik. Wissner-Lehrbuch. Forum Musikpädagogik; 81. Augsburg: Wissner Verlag, S. 131-139.
- TOMASELLO, Michael / HEPACH, Robert / VAISH, Amrisha (2012): Young Children Are Intrinsically Motivated to See Others Helped. In: Psychological Science. September 2012, Vol. 23, No. 9, S. 967-972.
- WALTER, Alfred (2015): Externalisierung als therapeutisch bedeutsamer Faktor in der psychoanalytischen Behandlung von Jugendlichen. In: Allert, G. / Rühling, K. / Zwiebel, R. (Hrsg.): Pluralität und Singularität der Psychoanalyse. Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung. Kassel, 03. bis 06. Juni 2015. S. 299-316.

- WESTPHÄLING, David (2010): Mensch Mach(t) Musik: Das integrative Potential der Musik im Kontext der Gemeinwesenarbeit. Diplomarbeit. Fachhochschule Vorarlberg.
- WÖLFL, Andreas (2014): Gewaltprävention mit Musik: Empirische Wirkungsanalyse eines musiktherapeutischen Projektmodells. Wiesbaden: Reichert Verlag.
- WOOD, Stuart (2004): From Therapy to Community: Making Music in Neurological Rehabilitation. In: Ansdell & Pavlicevic (2004): Community Music Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers, S. 48-62.

Online-Quellen:

- AG-LEBENSQUALITÄT (2011): Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. Arbeitsgruppe an der Universität Marburg. Online auf: <https://www.uni-marburg.de/fb20/kjp/eval/aglq> (Stand: 18.04.16).
- ANSDALL, Gary (2002): Community Music Therapy & the Winds of Change. A discussion paper. Voices Vol. 2, No. 2. Online auf: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/83/65> (Stand: 07.04.16).
- ÄRZTEZEITUNG (2016): Viele offene Fragen rund um die neue Sprechstunde. Online-Artikel vom 18.04.2016. Online auf: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/psychotherapeutische_versorgung/article/909293/psychotherapie-viele-offene-fragen-rund-neuesprechstunde.html?sh=2&h=-2052551366 (Stand: 06.05.16).
- BECHER-SONG (o. J.): https://www.youtube.com/watch?v=6y1aOg_UO_A (Stand: 09.06.2016).
- BERUFSVERBAND DEUTSCHER PSYCHOLOGINNEN UND PSYCHOLOGEN (BDP) (2007): Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland. Online auf: <https://www.bdp-verband.de/bdp/politik/2007/Kinder-Jugendgesundheit-BDP-Bericht-2007.pdf> (Stand: 24.04.2016).
- BOGNER, Kathrin & LANDROCK, Uta (2015): Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. Mannheim, GESIS – Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (SDM SurveyGuidelines). Online auf: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/SDMwiki/Archiv/Antworttendenzen_Bogner_Landrock_11122014_1.0.pdf (Stand: 03.06.2016).
- BOWLBY, John (1982) [1969]: Attachment and Loss. Volume 1, Attachment. Second Edition. Online auf: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/John-Bowlby-Attachment-Second-Edition-Attachment-and-Loss-Series-Vol-1-1983.pdf> (Stand: 04.02.2016).
- BUNDESKRIMINALAMT (2002): Rauschgiftjahresbericht 2002. Lagezentrale Rauschgift: Wiesbaden. Online auf: https://www.bka.de/nn_196810/sid_9DC72DB46C5A33BF65AB3F8C24FD8526/SharedDocs/Bilder/Cover/JahresberichteUndLagebilder/Rauschgiftkriminalitaet/2002Rauschgift-Jahresbericht.html?__nnn=true (Stand: 30.03.2016).

- BUNDESVERBAND DER VERTRAGSPSYCHOTHERAPEUTEN E. V. (bvvp): Ist Psychotherapie effektiv? Online auf: <http://www.bvvp.de/aktuelle-nachrichten/wissenswertes/ist-psychotherapie-effektiv.html?fs=3> (Stand: 15.04.2016).
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR MUSIKTHERAPIE E. V. (DMTG) (2014): Geschichte der Musiktherapie. Online auf: http://www.musiktherapie.de/fileadmin/user_upload/me-dien/pdf/Geschichte_Musiktherapie.pdf (Stand: 02.03.2016).
- DIETZEL, Caroline (2009): Entwicklung eines Fragebogens zur Patientenzufriedenheit in der stationären Psychotherapie. Dissertation. Phillips-Universität Marburg. Online auf: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2009/0689/pdf/dcbd.pdf> (Stand: 29.04.2016).
- DUDEN (2016): www.duden.de (Stand 15.02.2016)
- HARTMANN, Mirjam (o. J.): Frühe Hilfen für Schwangere und Familien – Anforderungen an Angebotsgestaltung, niedrigschwellige Zugänge und interdisziplinäre Kooperation. Online auf: http://www.fes.de/integration/pdf/080626_Hartmann.pdf (Stand: 02.02.2016).
- HARTMANN, Mirjam (2007): Good Practice in der Gesundheitsförderung – aber wie? Niederschwelligkeit. Adebar Hamburg. Online auf: <http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/282.pdf> (Stand: 29.02.2016).
- HECKSCHER KLINIKEN (o. J.): Online auf: <http://www.heckscher-klinik.de/index.php?id=106> (Stand: 28.03.2016).
- HEGI, Fritz (1998): Übergänge zwischen Sprache und Musik. Die Wirkungskomponenten der Musiktherapie. Paderborn: Junfermann Verlag. Online auf: http://www.fritz-hegi.ch/_downloads/Hegi_Uebergaenge_Acrobat5.pdf (Stand: 15.03.2016).
- HERRMANN, Markus & VEIT, Iris (2013): Fachgebundene Psychotherapie in der Allgemeinmedizin. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Heft 89/2013. Online auf: https://www.online-zfa.de/media/article/2013/01/3A73AB07-5AE3-4DC0-942D-DB9EC93F76AD/3A73AB075AE34DC0942DD-B9EC93F76AD_herrmann_psychotherapie_1_original.pdf (Stand: 22.02.2016).
- JENSEN, Uwe (2012): Leitlinien zum Management von Forschungsdaten. Sozialwissenschaftliche Umfragedaten. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. Technical Reports 07/2012. Online auf: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/gesis_methodenberichte/2012/TechnicalReport_2012-07.pdf (Stand: 15.04.2016).
- JIM-STUDIE (2015): Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-jähriger in Deutschland. Medienpädagogischer Forschungsverband Südwest (mpfs) (Hrsg.). Online auf: http://www.mpfs.de/fileadmin/JIM-pdf15/JIM_2015.pdf (Stand: 16.03.2016).

- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV) (2015a): Psychische Erkrankungen: Niederschwellige Therapieangebote ausbauen. Online auf: http://www.kbv.de/html/1150_15645.php (Stand: 22.02.2016).
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KBV) (2015b): Barrieren abbauen. Ideen und Vorschläge für Ihre Praxis. Online auf: http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Barrieren_Abbauen.pdf (Stand: 01.03. 2016).
- KBO, KLINIKEN DES BEZIRKS OBERBAYERN (2016): Online auf: <https://www.kbo-ku.de/startseite.html> (Stand: 28.03.2016).
- KOK, Marjolein (2005): Musiktherapie an der Musikschule. Vortragspaper Musikschulkongress 2005. AG 12, Verband Deutscher Musikschulen (VdM), Bonn. Online auf: <http://www.musikschulen.de/medien/doks/mk05/ag12.pdf> (Stand: 27.04.2016).
- MUSIK AUF RÄDERN (o. J.): Online auf <http://www.musikaufraedern.de> (Stand: 30.03.2016)
- MUCHE, Claudia / OEHME, Andreas / SCHRÖER, Wolfgang (2010): Niedrigschwellige Integrationsförderung - Eine explorative Studie zur Fachlichkeit niedrigschwelliger Angebote in der Jugendsozialarbeit. Universität Hildesheim, Institut für Sozial- und Organisationspädagogik. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft örtlich regionaler Träger der Jugendsozialarbeit e.V. (BAG OERT). Online auf: http://www.jugendnetz-berlin.de/de-wAssets/docs/06arbeitswelt/jugendberufshilfe/veroeffentlichungen_literatur/expertise_niedrigschw_instrumente_2010-05.pdf (Stand: 26.05.2016).
- OEHME, Andreas (2011): Niedrigschwellige Jugendsozialarbeit. Eine Handreichung für die Praxis zur Ausgestaltung niedrigschwelliger Projekte in der Jugendsozialarbeit. Universität Hildesheim, Institut für Sozial- und Organisationspädagogik. Berlin: Bundesarbeitsgemeinschaft örtlich regionaler Träger der Jugendsozialarbeit e.V. (BAG OERT). Online auf: http://www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/BAG_OeRT_Handreichung_Niedrigschwelligkeit.pdf (Stand: 15.02.2016).
- SCHNAPP, Kai-Uwe / SCHINDLER, Delia / GSCHWEND, Thomas / BEHNKE, Joachim (2006): Qualitative und Quantitative Zugänge: Eine integrative Perspektive. Online auf: http://www.sowi.uni-mannheim.de/gschwend/pdf/publications/Schnappetal2006_QuantitativeQualitativeZugaenge.pdf (Stand: 03.05.2016).
- STIGE, Brynjulf (2002a): The Relentless Roots of Community Music Therapy. In: Voices, Vol. 2, No. 3. Online auf: <https://voices.no/index.php/voices/article/view/98/75> (Stand: 04.04.2016).
- STIGE, Brynjulf (2004): On Defining Community Music Therapy. Online auf: www.voices.uib.no/discussions/discm4_05.html (Stand: 05.04.2016).

VERBAND DEUTSCHER MUSIKSCHULEN (VDM) (o.J.): Musiktherapie als Förder- und Unterstützungsangebot an Musikschulen. Online auf: <http://www.musik-schulen.de/projekte/musiktherapie/index.html> (Stand: 28.04.2016).

WITTCHEN, Hans-Ulrich & JACOBI, Frank (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology No. 15, S. 357-367. Online auf: <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/materialien/ebc-publications/wittchenjacobi-overview-europe-2005.pdf> (Stand: 03.05.2016).

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 - Erwartungen über die Inhalte zu Beginn der Musiktherapie:.....	80
Abb. 2 - Rückblick auf die Inhalte in der Musiktherapie:.....	80
Abb. 3 - Wahrnehmung, Differenzierung und Regulation von Emotionen.	82
Abb. 4 - Selbstoffenbarung: Generell, Verbal, Musikalisch.....	84

Danksagung

Danken möchte ich Allen die dazu beigetragen haben, dass diese Masterarbeit in dieser Form vorliegt.

Ein besonders herzlicher Dank geht an:

alle Jugendlichen aus der Heckscher Klinik, die einen Fragebogen ausgefüllt haben. Ich wünsche Euch, unbekannterweise, für Eure weiteren Wege alles Gute!

die beiden Musiktherapeuten aus der Heckscher Klinik, Axel Orlovius und Michael Metzger. Danke für die vielen hilfreichen Gespräche über die Thematik, das Durchführen der Erhebung und das sehr lehrreiche Praktikum!

meine Mutter, Michaela Westphäling, für zahlreiche Gespräche, Telefonate und konstruktive Kommentare, die mich motiviert und in der Arbeit bestärkt haben.

meine KorrektorInnen Tristan Ebertshäuser, Max Ruckhäberle und Annika Westphäling für die vielen Stunden Korrekturlesen und Verbesserungen.

Tonius Timmermann und Monika Berkmann für die Betreuung dieser Masterthesis.

Jonathan Schubert und Jonathan Hähnel für die Hilfe mit dem Tabellenkalkulationsprogramm und der quantitativen Forschungsauswertung.

Matthias Kühn für die Diskussionen über empirische Sozialforschung.

Naiguona Roca für die emotionale Unterstützung und kulinarischen Genüsslichkeiten.

die Musik!

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Ausführungen, die anderen veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, habe ich kenntlich gemacht.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Fassung noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang

1. Fragebogen für die Jugendlichen aus einer Kinder- und Jugendpsychiatrie

Fragebogen Musiktherapie mit Jugendlichen Masterthesis David Westphäling

Bitte bei jeder Frage EIN Kreuz machen. Bei den Fragen mit den leeren Linien kannst Du frei antworten. Vielen Dank für Deine Teilnahme!!!

☐ männlich ☐ weiblich Alter: _____

☐ Einzelmusiktherapie ☐ Gruppenmusiktherapie ☐ beides

Wie viele Stunden Musiktherapie hattest Du? _____ Stunden

1a). Wie leicht/schwer ist es Dir vor Beginn der ersten Musiktherapiestunde gefallen, in die Musiktherapie zu kommen?

☐ Ganz leicht ☐ Eher leicht ☐ Teils/Teils ☐ Eher schwer ☐ Ganz schwer

1b) Hat sich das über die Zeit, in der Du in der Musiktherapie warst verändert, und wenn ja, woran lag das?

2) Wie hast Du die Musiktherapie erlebt? War das für Dich eher Musik machen, eher Therapie machen oder etwas zwischen beidem?

☐ Musik ☐ Eher Musik ☐ Weder noch ☐ Eher Therapie ☐ Therapie

3) Hast Du die Musiktherapie für Dich eher als Chance oder eher als Stress empfunden?

☐ Chance ☐ Eher Chance ☐ Weder noch ☐ Eher Stress ☐ Stress

4) Hast Du die Musiktherapie als hilfreich für Dich empfunden?

☐ Ja ☐ Eher ja ☐ Teils/Teils ☐ Eher nein ☐ Nein

5) Hast Du Dich von Deinem Musiktherapeuten verstanden gefühlt?

☐ Ja ☐ Eher ja ☐ Teils/Teils ☐ Eher nein ☐ Nein

6a) Kannst Du Dich daran erinnern, was Du vor Deiner ersten Musiktherapiestunde gedacht und erwartet hast, was dort gemacht wird? Es sind mehrere Antworten möglich!

Ich dachte, in der Musiktherapie kann ich/werde ich...

<input type="checkbox"/>	Musik machen
<input type="checkbox"/>	Instrumente erlernen
<input type="checkbox"/>	Kraft tanken
<input type="checkbox"/>	schwierige/unangenehme Themen bearbeiten
<input type="checkbox"/>	mich entspannen
<input type="checkbox"/>	mich ablenken
<input type="checkbox"/>	Spaß/Freude haben
<input type="checkbox"/>	mich jemandem anvertrauen
<input type="checkbox"/>	mein eigenes Bild von mir verändern
<input type="checkbox"/>	Andere:

6b) Wenn Du nun zurück blickst, welche Sätze beschreiben im Nachhinein die Musiktherapie für Dich am besten? Es sind mehrere Antworten möglich!

Ich habe...

<input type="checkbox"/>	Musik gemacht
<input type="checkbox"/>	ein Instrument erlernt
<input type="checkbox"/>	Kraft getankt
<input type="checkbox"/>	schwierige/unangenehme Themen bearbeitet
<input type="checkbox"/>	mich entspannt
<input type="checkbox"/>	mich abgelenkt
<input type="checkbox"/>	Spaß / Freude gehabt
<input type="checkbox"/>	mich ernst genommen gefühlt
<input type="checkbox"/>	mein eigenes Bild von mir verändert/denke anders über mich
<input type="checkbox"/>	Andere:

7a) Hast Du in der Musiktherapie neue Gefühle kennengelernt?

☐ Ja, viele ☐ Eher ja ☐ teils/teil ☐ eher nein ☐ Nein, keine

7b) Kannst Du Deine Gefühle jetzt besser unterscheiden?

☐ Ja ☐ Eher ja ☐ Teils/Teils ☐ Eher nein ☐ Nein

7c) Kannst Du mit deinen Gefühlen jetzt anders umgehen als vor der Musiktherapie?

☐ Ja ☐ Eher ja ☐ Teils/Teils ☐ Eher nein ☐ Nein

8) Was denkst Du über die folgenden Sätze?

8a). Es fällt mir leicht etwas von mir zu zeigen:

☐ Trifft sehr zu ☐ Trifft eher zu ☐ Teils/Teils ☐ Trifft eher nicht zu
nicht zu ☐ Trifft nicht zu

8b). Ich kann mich besser mit Worten ausdrücken:

☐ Trifft sehr zu ☐ Trifft eher zu ☐ Teils/Teils ☐ Trifft eher nicht zu
nicht zu ☐ Trifft nicht zu

8c). Ich kann mich besser mit Musik ausdrücken:

☐ Trifft sehr zu ☐ Trifft eher zu ☐ Teils/Teils ☐ Trifft eher nicht zu
nicht zu ☐ Trifft nicht zu

9) Hast Du das Gefühl, Du könntest selbst entscheiden, was Du in der Musiktherapiestunde machen willst?

☐ Ja ☐ Eher ja ☐ Teils/Teils ☐ Eher nein ☐ Nein

10) War es für Dich wichtig, dass in der Musiktherapie mit Youtube, elektronischen Instrumenten, Aufnahmen, etc. gearbeitet wird?

☐ Ja, sehr ☐ Eher ja ☐ Teils/Teils ☐ Eher nein ☐ Nein

11a) Hätte der Therapeut etwas anderes als Musik angeboten (z.B. Sport, Kunst, Tanz, etc.), wärst Du dann auch hingegangen?

☐ Ja ☐ Eher ja ☐ Teils/Teils ☐ Eher nein ☐ Nein

11b) Hat Dir der Therapeut etwas anderes als Musik angeboten?

☐ Ja ☐ Nein

11c) Wenn ja (bei Frage 11b), was hat er Dir angeboten und war das hilfreich für Dich? Sonst weiter zu Frage 12)

12) Würdest Du wieder in die Musiktherapie kommen?

☐ Ja ☐ Eher ja ☐ Teils/Teils ☐ Eher nein ☐ Nein

13a) Hattest Du Vorerfahrungen mit Musik?

☐ Ja ☐ Eher ja ☐ Teils/Teils ☐ Eher nein ☐ Nein

13b) Hat das für Dich eine Rolle in der Musiktherapie gespielt und warum?

Vielen Dank für Deine Teilnahme!!!

2. Anschreiben an Eltern / Sorgeberechtigte der befragten Jugendlichen



kbo-Heckscher-Klinikum gemeinnützige GmbH
Deisenhofener Straße 28 • 81539 München

Deisenhofener Straße 28
81539 München
Tel | 089 9999-1084
Fax | 089 9999-0
E-Mail | michael.metzger@kbo.de

München, 07.04.2016

Information zum Fragebogen Musiktherapie

im Rahmen einer Masterarbeit

an der Universität Augsburg

Sehr geehrte Eltern,

die Musiktherapeuten im kbo-Heckscher-Klinikum führen derzeit eine Erhebung für die Masterarbeit von Herrn David Westphaeling im Fachbereich Musiktherapie der Universität Augsburg durch.

Mit diesem einmalig auszufüllenden Fragebogen untersucht Herr Westphaeling die Bewertung der Musiktherapie am kbo-Heckscher-Klinikum aus Sicht der Patientinnen und Patienten.

Außer dem Geschlecht und dem Alter werden in dem Fragebogen *keine* personenbezogenen Daten erhoben.

Die Teilnahme an der Erhebung ist für die Jugendlichen freiwillig.

Vielen Dank, dass Sie mit ihrem Einverständnis diese Studie zur Wirksamkeit von Musiktherapie unterstützen!

Michael Metzger
Dipl.-Musiktherapeut
Hochschule der Künste, Berlin
B.A. London University

Axel-Helge Orlovius
Diplom-Sozialpädagoge (FH)
Musiktherapeut
Kinder- u. Jugendlicherpsychotherapeut

**kbo-Heckscher-Klinikum
gemeinnützige GmbH**

- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychosomatik
- Psychotherapie

Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Ludwig-Maximilians-Universität
München

München
Rottmannshöhe
Rosenheim
Ambulanz Wolfratshausen
Ambulanz Waldkraiburg
Ambulanz Ingolstadt
Wohngruppe München

Geschäftsführer
Anton Oberbauer

Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med.
Franz Joseph Freisleder

Direktor für Pflege und Erziehung
Hans-Ulrich Neunhoeffer

Web | kbo-heckscher-klinikum.de

MD
H
Ver
W
F
001
B
(mit
Log
o)
VO
C
04.
13

Die kbo-Heckscher-Klinikum gemeinnützige GmbH ist ein Tochterunternehmen des Kommunalunternehmens der Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) und zertifiziert nach DIN EN ISO 9001.

Sitz der Gesellschaft Deisenhofener Str. 28, 81539 München, AG München, HRB 166248 | Geschäftsführer: Anton Oberbauer
USt.-Nr. 143/241/40205 | USt.-IdNr. DE251869308 | Bankverbindung: HypoVereinsbank · BLZ 700 202 70 · Kontonummer 81 202

3. Einverständniserklärung der Eltern / Sorgeberechtigten



kbo-Heckscher-Klinikum gemeinnützige GmbH
Deisenhofener Straße 28 • 81539 München

Deisenhofener Straße 28
81539 München
Tel | 089 9999-1084
Fax | 089 9999-0
E-Mail | michael.metzgert@kbo.de

München, April 2016

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Erhebung
in der Musiktherapie

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass im Rahmen der Musiktherapie
mein/unser Kind

**kbo-Heckscher-Klinikum
gemeinnützige GmbH**

- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Psychosomatik
- Psychotherapie

Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Ludwig-Maximilians-Universität
München

Name

Geburtsdatum

Anschrift

München
Rottmannshöhe
Rosenheim
Ambulanz Wolfratshausen
Ambulanz Waldkraiburg
Ambulanz Ingolstadt
Wohngruppe München

an einer Erhebung für eine Masterarbeit im Fachbereich Musiktherapie an der
Universität Augsburg teilnehmen darf. Außer dem Alter und dem Geschlecht
werden in dem Fragebogen keine personenbezogenen Daten erhoben werden.

Geschäftsführer
Anton Oberbauer

Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med.
Franz Joseph Freisleder

Ort, Datum

Unterschrift der Sorgeberechtigten (Mutter)

Direktor für Pflege und Erziehung
Hans-Ulrich Neunhoffer

Web | kbo-heckscher-klinikum.de

MD
H
Ver
W
F
001
B
mit
Log
o)
V10
6
04
13

Die kbo-Heckscher-Klinikum gemeinnützige GmbH ist ein Tochterunternehmen des Kommunalunternehmens der Kliniken des Bezirks
Oberbayern (kbo) und zertifiziert nach DIN EN ISO 9001.

Sitz der Gesellschaft Deisenhofener Str. 28, 81539 München, AG München, HRB 165248 | Geschäftsführer: Anton Oberbauer
USt-Nr. 143/241/40205 | USt-IdNr. DE251869308 | Bankverbindung: HypoVereinsbank · BLZ 700 202 70 · Kontonummer 81 202

4. Datenblatt (Rohdaten) aller ausgefüllten Fragebögen

Inr	Geschlecht	Alter	Setting	Stunden	Start MT	Erleben Mt	Motistress	Hilfreich	Verstanden	Erwartung / Beginn									Rückblick									Gef neu	Gef diff	Gef umg	SOF L	SOF W	SOF M	Part	E Med	Alt P	Alt M	Wiederh.	Vore-r
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9												
1	2	16	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	3	3	2	4	1	1	1	1	1	1
2	2	16	2	13	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	4	4	3	3	3	3	1	3	2	1	1	1	1	
3	2	17	2	7	3	2	1	3	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	2	2	1	2	2	2	2	3	1	2	1	4	4
4	1	16	2	6	3	4	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	4	4	4	5	3	4	2	3	3	2	1	1	1
5	1	16	3	13	2	2	3	3	3	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	3	3	3	4	3	3	1	2	2	2	3	3
6	2	16	1	14	3	2	2	2	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	3	4	1	2	3	1	4	1	2	1	2	2
7	2	17	2	6	1	2	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	5	5	4	5	3	3	1	3	1	2	1	1	1
8	2	17	2	3	1	4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	5	5	3	3	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	
9	2	13	3	5	1	1	1	1	3	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	5	4	5	5	4	5	1	1	3	1	1	1	1
10	2	14	2	10	3	1	2	3	3	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	2	4	3	2	4	1	2	1	1	1
11	2	13	2	4	2	2	1	3	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	5	4	3	2	1	3	1	2	1	2	1	5	5
12	2	12	3	5	2	4	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	3	5	1	5	4	1	2	1	1	1	3	
13	2	14	2	5	2	2	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	4	5	4	3	3	5	1	3	1	1	1	1	1	1
14	2	14	2	4	1	2	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	3	3	3	3	2	4	1	2	4	1	2	4	1	1	1
15	1	15	2	6	2	2	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	2	3	3	4	2	4	1	1	4	2	1	1	1	1
16	2	17	1	4	1	3	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	4	4	4	3	3	3	1	2	4	1	1	1	1	1
17	2	14	2	9	3	2	2	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	2	2	2	2	3	3	1	3	4	1	1	1	3
18	2	13	2	3	3	1	2	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	2	5	5	5	3	5	1	5	4	1	1	2	2	
19	1	16	2	5	1	2	3	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	3	4	3	3	1	1	5	2	1	1	1	1
20	2	13	2	5	1	3	1	2	2	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	3	4	3	1	2	5	1	3	4	2	1	1	1	1
21	1	15	2	4	3	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	3	4	3	4	4	4	1	1	3	2	1	1	1
				6,3																																			

Männliche Teilnehmer 5
 Weibliche Teilnehmer 16
 Durchschnittsalter 15

Codierung der Daten:

Geschlecht: männl.: 1; weibl.: 2; Alter in Jahren; Stunden: Anzahl der wahrgenommenen Einheiten
 Setting: 1= Einzeltherapie; 2= Gruppentherapie; 3= Einzel- und Gruppentherapie
 Fragen 1a), 2), 3), 4), 5), 9), 10), 11a), 12), 13a): 1= ja; 2= eher ja; 3= teils/teils; 4= eher nein; 5= nein
 Fragen 6a); 6b): 0= keine Angabe; 1= Angabe
 Fragen 7a), 7b), 7c), 8a), 8b), 8c): 1= nein; 2= eher nein; 3= teils/teils; 4= eher ja; 5= ja
 Frage 11b): 1=ja; 2= nein

5. Schriftliche Antworten der Jugendlichen auf die offene Fragen

1b) Hat sich der Zugang im Lauf der Musiktherapie verändert?

- „Als wir bei der 2. Stunde eine neue Patientin in unsere Gruppe aufgenommen haben. Nach kurzer Zeit habe ich mich aber auch daran gewöhnt“ (B1)
- „Das ich mich selber finden konnte.“ (B2)
- „Ja es fällt mir leichter, weil die Musiktherapie Spaß macht“ (B3)
- „Es ist viel cooler mit der Gruppe Musik zu machen“ (B4)
- „mehr Vertrauen und Selbstbewusstsein und angenehmes Gefühl bei der Sache“ (B5)
- „Ja es hat sich verändert, denn es ist mir immer leichter gefallen, weil ich mich dann daran gewöhnt habe“ (B6)
- „Es macht mir richtig Spaß in die Musiktherapie zu gehen“ (B7)
- „Nein“ (B8)
- „Ich konnte mich ganz gut in der Zeit ablenken wo es mir auch schlecht ging. Jetzt habe ich auch gelernt mich [durch/mit] Musik ganz gut ab[zu]lenken“ (B9)
- „Ja, da wir viel gespielt haben und es eine gute Ablenkung war.“ (B10)
- „Ich bin nicht mehr ganz so schüchtern. Das lag an dem lauten Spielen und daran das man dort sehr viel Vertrauen gewinnt.“ (B11)
- „Mein Selbstwertgefühl hat sich gesteigert, weil mir gezeigt wurde, wie toll ich eigentlich bin.“ (B12)
- „Es ging mit der Zeit leichter, weil wir uns alle untereinander auch super verstanden haben.“ (B13)
- „Ich war nach der Therapie viel motivierter, weil mir die Gespräche und die Musik sehr geholfen haben.“ (B14)
- „Nein“ (B16)
- „Ja, es hat sehr viel Spaß gemacht und es war einfach entspannter, als wie irgendwas anderes zu machen.“ (B18)
- „Nein, hat es nicht“ (B19)
- „Ja ich war ausgeglichener, da ich meine Gefühle rauslassen konnte.“ (B20)
- „Nein, habe ja vorher schon gespielt“ (B21)

6a) andere Antwortmöglichkeiten / Erwartungen an Musiktherapie

- „Einblick in der [die] Musik haben“ (B5)
- „mein wahres ich zeigen“ (B18)

6b) andere Antwortmöglichkeiten / Rückblick Musiktherapie

- „mich die nächsten Tage glücklich gefühlt“ (B1)
- [ich habe mein eigenes Bild von mir verändert/denke anders über mich...] „ein bisschen, weil mir bewusst wurde, dass man sich mehr zutrauen sollte“ (B1)
- „Selbstbewusstsein gewonnen“ (B6)
- „mein wahres ich gezeigt“ (B18)

11c) Was wurde dir angeboten

- „Wir haben uns in der 1. Stunde vorgestellt und über unsere Probleme geredet. In der 2. Stunde haben wir anfangs auch nochmal über unsere Probleme/Sorgen geredet und dann anschließend Musik gemacht“ (B1)
- „Er hat mir dann angeboten zu singen oder Piano zu spielen“ (B2)
- „Spaziergang“ (B8)
- „Er hat mir was angeboten und das ist eine Cd aufnehmen. Das war richtig cool.“ (B9)
- „Singen“ (B12)
- „Haben über Sachen geredet „Probleme usw.““ (B13)
- „Das wir einfach nur über Probleme geredet haben oder wenn es ganz schlecht war haben wir Süßigkeiten gegessen.“ (B14)
- „Nein, nicht nötig“ (B 15) Dazu geschrieben bei 11b))
- „Es war einfach nur reden und war sehr hilfreich“ (B16)
- „Wenn ich nicht Musik machen hätte wollen, dann hätten wir Fußball oder so gespielt“ (B18)

13b) Haben musikalische Vorerfahrungen für dich eine Rolle in der MT gespielt, und warum?

- „Nein hat es nicht, da ich vier Jahre lang Klavier gespielt habe und in der Musiktherapie ohne jegliche Vorkenntnisse über das Schlagzeug spielen, Schlagzeug gespielt habe.“ (B1)
- „Ja hat es, weil ich in der Schule schon gesungen habe“ (B2)
- „Nein es hat keine Rolle gespielt“ (B3)
- „Klavier hab ich gespielt“ (B4)
- „Habe mich selbst mit Musik beschäftigt...“ (B5)
- „Am Anfang schon, weil ich nie wirklich gut war. Aber dann habe ich gemerkt, dass es keine Rolle spielte“ (B6)
- „Früher habe ich Klavier gespielt, hier in der Musiktherapie habe ich neue Dinge/Musik für mich entdeckt“ (B7)
- „Nein“ (B8)
- „Ja sogar sehr“ (B9)
- „Ja, da ich davor schon 1x in einer Musiktherapie war und ungefähr wusste was man macht. Sonst eher nicht da ich Instrumente gespielt habe mit denen ich noch keine Vorerfahrungen hatte.“ (B10)
- „Nein“ (B11)
- „Es hat für mich keine Rolle gespielt, weil ich eine völlig neue Welt entdecken konnte.“ (B12)
- „Singen ja, weil es ein wichtiger Teil von mir ist was mich glücklich macht.“ (B13)
- „Nein eigentlich nicht, weil wir ja alle Instrumente spielen durften“ (B14)
- „Ich habe wieder begonnen Gitarre zu spielen“ (B15)
- „Es hat keine Rolle gespielt“ (B16)
- „Nein, das hat keine Rolle für mich gespielt.“ (B17)
- „Nein, eher nicht“ (B18)
- „Nur in der Hinsicht das die Instrumentenwahl leichter für mich war“ (B19)
- „Nein da ich ein neues Instrument gelernt habe.“ (B20)
- „Ja weil man konnte sich ablenken und es hat Spaß gemacht“ (B21)

Zu anderen Fragen hinzu geschrieben:

- Zu 2): „beides, die Musik hat mich therapiert“ (B1)
- Zu 7c): „Bei der Musiktherapie kam ich beim Schlagzeug spielen aus mir heraus“ (B1)
- „Ich hätte gerne noch öfter Musiktherapie gehabt, weil es mir sehr viel geholfen hat. Obwohl ich vier Wochen hier war, hatte ich nur 2 Therapiestunden. Die Musiktherapie hat mich ein Stückchen glücklicher gemacht :-)" (B1)